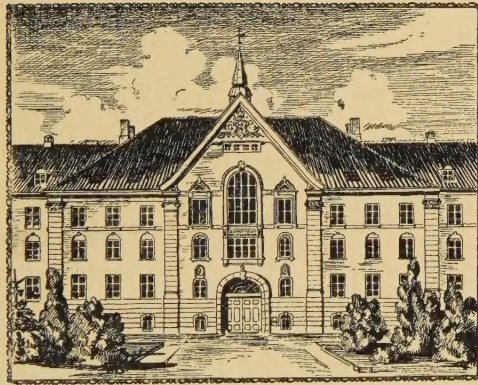


KARL LEHMANN

EKLAMPSIEN I DANMARK

I AARENE 1918—1927

Copenhagen



NYT NORDISK FORLAG · ARNOLD BUSCK
KJØBENHAVN MCMXXXIII

EKLAMPSIEN I DANMARK

I AARENE 1918—1927

KARL LEHMANN

EKLAMPSIEN I DANMARK

I AARENE 1918—1927



NYT NORDISK FORLAG · ARNOLD BUSCK
KJØBENHAVN MCMXXXIII

*Denne Afhandling er af det lægevidenskabelige
Fakultet antaget til offentlig at forsvares for den
medicinske Doktorgrad.*

København, den 16. Januar 1933.

*A. THORNVAL,
h. a. dec.*

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
FORORD	7
INDLEDNING	9
INDSAMLINGEN AF MATERIALET	15
 FØRSTE AFSNIT: STATISTIK	
Eklamsiens totale Hyppighed	17
Eklamsiens Hyppighed pr. Aar	19
Eklamsiens Hyppighed pr. Kalendermaaned	36
Eklamsihyppighed i Land- og Bybefolkningen	51
Eklamsihyppigheden pr. Amt	56
Eklamsihyppigheden blandt Gifte og Ugifte	60
Eklamsihyppighed og Alder	63
Eklamsihyppighed og Fødselstal	72
 ANDET AFSNIT: SYMPTOMATOLOGI	
Tidspunktet for de eklamptiske Anfalds Udbrud i Forhold til Fødslen	75
Tidspunkt i Svangerskabet for Eklamsiens Udbrud	86
Tidspunkt i Svangerskabet for Eklamsiens Udbrud og Mortaliteten	91
Tidspunkt i Barselsengen for Eklamsiens Udbrud	92
Tidspunktet for Eklamsiens Udbrud i Barselsengen og Mortaliteten	97
Tidspunktet for Eklamsiens Udbrud og Mortaliteten	99
Krampeanfald	100
Albuminuri	107
Ødemer	112
Blodtryk	114
Coma	117
Temperatur og Puls	119
Prodromer	120
Tilfældenes prognostiske Vurdering og Muligheden af en Gruppe- inddeling af Materialet efter Tilfældenes Sværhedsgrad	122
Interkurrente Eklampsier	129
Recidiv	136
Flerfoldsfødende	140

	Side
TREDIE AFSNIT: BEHANDLING	
Historisk Indledning	143
Den danske Landsstatistik	158
De anvendte Behandlingsmaader	159
Behandlingsresultater i de forskellige Perioder	163
Behandling og Alder	183
FJERDE AFSNIT:	
Eklamptikernes Børn	186
Eklampsens Profylakse	198
Døde Eklamptikere	214
Resumé	219
Literaturfortegnelse	225

FORORD

Grundlaget for dette Arbejde er et Materiale, som Professor *Hauch* har indsamlet til Undersøgelse af Eklampsiens Forekomst her i Landet i Aarene 1918 til 1927.

Efter det store og brydsomme Arbejde, at tilrettelægge og foretage Indsamlingen af det betydelige Talmateriale, har Professor *Hauch* været saa venlig at overlade mig dette til nærmere Bearbejdelse. Derfor og for værdifuld Hjælp og Vejledning under Arbejdet hermed bringer jeg ham min hjerteligste Tak.

En Del af Tallene blev af Professor *Hauch* fremlagt ved nordisk kirurgisk Forenings 17. Møde i Oslo 1929.

Paa Professor *Hauchs* Vegne benytter jeg ogsaa her Lejligheden til at takke alle de Læger, der ved beredvilligt at tilstille os de ønskede Oplysninger har bidraget til, at vi har faaet Kendskab til praktisk talt alle de Tilfælde, der er forekommet her i Landet i det nævnte Tidsrum.

Kun ved denne Hjælp fra Embedslæger, Hospitalslæger og praktiserende Læger er det lykkedes at fremskaffe det værdifulde Materiale.

Til supplerende Undersøgelser har Journalmaterialet fra Rigshospitalets Fødeafdelinger A. og B. været mig tilgængeligt. For Tilladelse hertil bringer jeg de to Afdelingers Chefer, Professorerne *Gammeltoft* og *Hauch*, min Tak.

Desuden takker jeg Statistisk Departement, specielt Kontorchef *Nybølle*, for værdifulde Oplysninger, og Københavns Stadslæges Kontor og dets Chef, Stadslæge *Chrom*, for Adgang til Jordemoderprotokollerne.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INDLEDNING

Interessen for Eklampsien er overalt stadig stigende. Dette skyldes i første Række, at Eklampsien er en af Fødselshjælpens alvorligste Lidelser. *Stroganoff* beregner saaledes i 1930 (167), at der i Nord-Amerika aarligt dør ca. 5000 fødende Kvinder af Eklampsi, et Tal, der i Betragtning af Eklampsiens relative Sjældenhed, synes meget betydeligt, naar det sammenlignes med, at samtidig ca. 6000 dør af Barselfeber og ca. 4000 af Blødning.

Selv om Forholdene herhjemme er væsentlig anderledes, viser dog en Opgørelse af Aarsagerne til Dødsfald hos Fødende fra 1920 (hvor Tallene fra hele Landet første Gang foreligger) til 1927, at 161, eller 11,3 % af samtlige 1431 Dødsfald, skyldes Eklampsi, 637, eller 44,5 % skyldes Barselfeber og 633 eller 44,2 % skyldes andre Aarsager, antagelig overvejende Blødning og interkurrente Sygdomme.

Den anden Aarsag til den stadige Interesse er vort mangelfulde Kendskab til Sygdommens egentlige Aarsag, hvilket præger ikke blot vor Opfattelse af selve Lidelsen, men ogsaa Anskuelserne om den rigtigste Behandling, hvilken foreløbig maa hvile paa et rent empirisk Grundlag.

Ad experimentel Vej er man hidtil ikke kommet Maalet nærmere, og de kemiske Undersøgelser har heller ikke ført mange Skridt fremad. Man har derfor foreløbig været henvist til at gaa Medicinens gamle Vej: ved den kliniske Undersøgelse ved Sygesengen og ved den anatomiske Undersøgelse af de sygelige Forandringer i Organerne at naa til en saa udtømmende og nøjagtig Nosografi som muligt.

Som et særligt Led i denne Sygdomsbeskrivelse indgaar Undersøgelserne over Sygdommens Optræden og Hyppighed; det gælder om at klarlægge, om der findes Variationer her, og i saa Fald, hvad der er disses Aarsager. Om f. Eks. ydre Forhold som Levevilkaar, Kost, klimatiske Forhold og lignende har nogen Be-

tydning, eller om individuelle Forhold som Alder, Fødselstal, tidligere Sygdomme og lignende spiller nogen disponerende Rolle.

Som et Eksempel paa, at disse Spørgsmaal ikke blot er af teoretisk Interesse, skal foreløbig nævnes, at Paavisningen af Eklampsihyppighedens stærke Aftagen i Krigsaarene i Tyskland, som formentlig afhængig af den æggehvidefattigere Kost, har givet et værdifuldt Bidrag til Spørgsmaalet om Profylaksens Betydning og endog har ført til Forslag om, at samtlige svangre Kvinder profylaktisk burde sættes paa en saadan Kost.

For at foretage saadanne Frekvensundersøgelser er det nødvendigt at have baade et stort og et repræsentativt, alsidigt Materiale, som f. Eks. Tallene fra et helt Land.

Til at gennemføre disse Undersøgelser er to Ting lige nødvendige. Den ene er, at samtlige Eklampsitilfælde i det undersøgte Tidsrum og Omraade kan opspores. Rene Hospitalsstatistiker er som udvalgt Materiale ikke tilstrækkelige. Den anden er, at det nødvendige Sammenligningsgrundlag: Tallene for samtlige de tilsvarende, i samme Tidsrum og Omraade forefaldne, Fødsler foreligger og er uddifferentieret i Enkeltheder i samme Udstrækning som Eklampsimaterialet. Kun herved kan man nemlig udelukke, at fundne Variationer i Eklampsihyppigheden skyldes Svingninger i hele Fødselstallet.

Vil man for Eksempel have Oplysning om Eklampsihyppighedens Afhængighed af Alderen, er det ikke tilstrækkeligt blot at bestemme Eklamptikernes Fordeling pr. Aldersklasse: den absolute Eklampsihyppighed. Først naar man bestemmer Forholdet mellem Antallet af Eklamptikere og Antallet af samtlige Fødende indenfor hver enkelt Aldersklasse, faar man det Tal, der er af Betydning: den relative Eklampsihyppighed.

Denne Fordring kan maaske synes noget selvfølgelig, men først den senere Tids udviklede Fødselsstatistik har ialtfald kunnet give os de nødvendige Oplysninger.

For en Landsstatistik skulde Danmark frembyde gode Betingelser, idet Befolkningen her har en passende Størrelse, stor nok til at give tilstrækkelig store Tal, og ikke større end at en Gennemarbejdning af Materialet er mulig. Endvidere kan man regne med, at alle Eklampsitilfælde herhjemme lægebehandles, saaledes at Diagnosen er paalidelig og Tilfældene til at opspore, og endelig staar Befolkningsstatistiken, specielt for Fødslernes Vedkommen

de, paa et højt Stade, saa at man herfra kan faa det nødvendige Sammenligningsgrundlag.

Landsstatistikernes store Omraade kan endnu ikke siges at være opdyrket tilstrækkeligt.

Herhjemme har *Ingerslev* (85) allerede i 1879 gjort et Forsøg paa at bestemme den totale Eklampsihyppighed. Ved at gennemgaa et større Antal Jordemoderprotokoller i København fandt han 29 Eklampsier ved 38110 Fødsler (1:1300). En tilsvarende Undersøgelse i nogle Landdistrikter viste en Hyppighed af 27 Eklampsier ved 32621 Fødsler (1:1200). Ved Udelukkelse af nogle tvivlsomme Tilfælde reduceres denne Hyppighed til 1:1573. Alt i alt er Tallene dog for smaa og navnlig alt for usikre til, at man kan tillægge dem nogen Betydning.

Det grundlæggende Arbejde og den første egentlige Landsstatistik er *Büttners* (25—26) fra Hertugdømmet Mecklenburg-Schwerin for Aarene 1885 til 1899. I dette Tidsrum forefaldt 499 Tilfælde af Eklampsi ved 260101 Fødsler (1:521). Antallet af de ikke hospitalsbehandlede Eklampsier fandt *Büttner* ved Gennemgang af Jordemoderprotokollerne. Da Eklampsierne i Mecklenburg-Schwerin var anmeldelsespligtige, er Tallet næppe for lille, men der er den Mulighed, at det, paa Grund af den manglende Lægekontrol, er for stort. Ved vor Undersøgelse af Materiale fra Jordemoderprotokoller har det ialtfald vist sig, at Jordemødrene opgiver et for stort Antal Eklampsier, idet der her som Fødekrampe ved Misforstaaelse er medregnet Tilfælde som »krampagtige Veer«, Læggekrampe og lign.

Büttners Undersøgelser falder i to Afsnit, nemlig Aarene 1885—91 og Aarene 1892—99. Han finder herved en Stigning i Eklampsihyppigheden fra 1:656 til 1:446, men der er ikke søgt at give nogen Forklaring herpaa. Paa alle andre Omraader end denne Bestemmelse af Totalfrekvensen mangler Tallene for de normale Fødslers Fordeling, saaledes at en Sammenligning er umulig.

Hammerschlag (69) har undersøgt Eklampsihyppigheden i Østpreussen i Aarene 1898—1903. Undersøgelsen er ogsaa her foretaget ved Hjælp af Jordemoderprotokollerne. Der er dog den alvorlige Mangel ved denne Statistik, at paa det Tidspunkt fødte i disse Egne et stort Antal uden Læge- eller Jordemoderassistance. Det af Jordemødrene opgivne Antal Fødsler er saaledes kun $\frac{2}{3}$ af

det i Kirkebøgerne indregistrerede Antal Fødte. Der er derfor heller ingen Garanti for, at det opgivne Antal Eklamptikere stemmer med det virkelige. *Hammerschlag* finder en Eklampsihyppighed af 291 Eklampsier ved 240536 Fødsler (1:827).

En Sammenligning af den procentiske Fordeling af henholdsvis Eklamptikere og samtlige Fødende efter Bopæl (Landdistrikt eller By), og efter om det er gifte eller ugifte Fødende, viste, at Eklampsihyppigheden var større i Byerne end paa Landet, og større blandt Ugifte end blandt Gifte. Der er dog ikke søgt at naa til en nærmere Forklaring herpaa udover Antagelsen af en disponerende Rolle af Levevis. En Sammenligning af Aldersfordelingen af Eklamptikere fra hele Landet og de af Fødselsstiftelsen i Königsberg behandlede normale Fødende syntes at vise, at Eklampsihyppigheden var størst hos ældre Førstegangsfødende. Som det ses er Grundlaget for Sammenligningen dog to højst ulige Grupper af Materiale.

Meyer-Wirz (118) har undersøgt Forholdene for Kanton Zürich. Paa Universitäts-Frauenklinik i Zürich er 1884—1902 forefaldet 112 Eklampsitilfælde blandt 13139 Fødsler (1:117). I Oplandet (Kanton Zürich) har han ved Oplysninger fra Jordemødrene i Aarene 1890—1900 fundet 223 Eklampsitilfælde ved 113596 Fødsler. Lægges disse Tal sammen (hvor dog Tidsrummet, som det ses, ikke er det samme) faas Forholdet 335:126735 (1:378) for hele Omraadet. De statistiske Undersøgelser indskrænker han iøvrigt til disse Tal.

Fra Baden, hvor Tallene er let tilgængelige, idet alle Eklampsitilfælde anmeldes til Statistisches Landesamt, har *Gessner* (59) opgjort Hyppigheden for Aarene 1910—23. Han finder 1184 Eklampsier ved 734031 Fødsler (1:620), men indskrænker sig iøvrigt til at bestemme Hyppigheden pr. Aar. Da det undersøgte Tidsrum indbefatter Krigsaarene, har dette dog stor Betydning, idet Eklampsihyppigheden aftager stærkt i disse, for atter at stige betydeligt efter Krigsaarene.

Den nyeste Landsstatistik er *Küstners* (99) fra Sachsen for Aarene 1920—29. Ogsaa her anmeldes Eklampsitilfældene, og Tallene maa saaledes antages at være fuldt paalidelige. I nævnte Tidsrum forefaldt 2219 Eklampsitilfælde ved 951300 Fødsler (1:430). Svingningerne pr. Aar svarer i Hovedsagen til de i Baden forekommende.

Küstner finder ligesom *Hammerschlag*, at Eklampsihyppigheden er større i Byerne end paa Landet, og undersøger endvidere Eklampsihyppighedens Variationer pr. Maaned.

En ofte citeret Statistik er *Harigs* (72) fra Württemberg. Denne er dog aabenbart saa fejlagtig, at den ganske kan lades ude af Betragtning. Indsamlingen af Materialet er nemlig yderst unøjagtig. Han samler Tilfældene ved at udsende Spørgeskemaer til Embedslægerne. Af disse svarer imidlertid kun ca. $\frac{2}{3}$, og yderligere anfører han, at der ikke fandtes Anmeldelsespligt for Eklampsi, saaledes at der ikke engang er Garanti for, at alle Tilfælde kom til Embedslægerens Kundskab. At der er Fejl i Materialet bestyrkes ogsaa af, at han finder en saa abnorm høj Mødremortalitet som 53,4 %; det er derfor sikkert overvejende de døde Eklamptikere han har faaet med, idet kun disse er anmeldelsespligtige.

Ialt repræsenterer de tidligere Landsstatistikere saaledes 4528 Tilfælde. Dette Tal kunde synes tilstrækkelig stort, men som det ses er dette Materiale ikke indsamlet og navnlig ikke bearbejdet efter de tidligere angivne Retningslinier; der er saaledes en Række Enkeltspørgsmaal, der trænger til nærmere Undersøgelse, og som kun kan opklares ved en Landsstatistik.

Det de tidligere Landsstatistikere har vist er altsaa, at Eklampsihyppigheden paa forskellige Steder varierer fra 1:378 til 1:827, at denne Hyppighed ikke er konstant, men kan variere fra Aar til Aar, at Eklampsihyppigheden synes at være større i Byerne end paa Landet og større hos Ugifte end hos Gifte.

Maalet for vor Undersøgelse maa blive: at bestemme 1) den totale Eklampsihyppighed, samt 2) at undersøge om Eklampsihyppigheden viser Variationer, a) fra Aar til Aar, b) for de enkelte Maaneder, c) efter Patientens Hjemsted (Land eller By, eller i forskellige Egne af Landet), d) efter om det drejer sig om Gifte eller Ugifte, e) efter Alderen, samt f) efter Moderens Fødselstal. Findes der saadanne, maa det undersøges, hvad den eventuelle Aarsag kan være.

Endelig vil et saa stort Materiale selvfølgelig kunne give værdifulde Oplysninger om Symptomatologi og Behandlingsresultater.

Ved Vurderingen af Tallene er der i saa vid Udstrækning som muligt anvendt statistiske Metoder. Det drejer sig her hoved-

sagelig om Middelfejlsberegninger, samt om Supplerings af Tallene ved »de beregnede Tilfældes Metode«. Disse Beregninger har, særlig i den statistiske Del af Arbejdet, været en værdifuld Hjælp. Ved Bedømmelsen af Behandlingsresultaterne har det været nødvendigt at dele Materialet stærkt for at faa ensartet Sammenligningsgrundlag. Tallene er herved i en Del Tilfælde blevet saa smaa, at den Bedømmelse Sandsynlighedsberegningerne kan give maa undværes.

Dette er imidlertid en Skæbne, som vil ramme mange lægevidenskabelige Talmaterialer. Længe før disse naar statistisk sikre Resultater er man nemlig nødt til at tage sit Standpunkt og er herved henvist til de Tal, der foreligger.

For blot at vælge et tænkt Eksempel: Man har 2 Serier af Patienter med 100 i hver. I den ene Serie har een Behandlingsmaade givet en Mortalitet paa 10 %, i den anden har en anden Behandlingsmaade givet en Mortalitet paa 20 %. Forskellen er 10 %, men Middelfejlen paa denne er kun 5, og Differensen er altsaa kun 2 Gange Middelfejlen og kan saaledes være tilfældig. Først naar Mortaliteten, ved Iagttagelsesmaterialer af samme Størrelse, naar f. Eks. henholdsvis 5 og 20 %, bliver Differensen større end 3 Gange Middelfejlen paa denne, hvilket almindeligvis sættes som en passende Grænse.

Det valgte Eksempel viser, hvorledes Talrækker, der ved lægevidenskabelige Undersøgelser maa betegnes som ret betydelige og med store Differenser, kan være utilstrækkelige til at træffe en sikker Afgørelse, men derfor bliver det alligevel nødvendigt her, hvor det ikke drejer sig om experimentelt Arbejde, hvor man vilkaarligt kan vælge Antallet af sine Observationer, at benytte sig af de Tal, der foreligger, og rette sin Handlen derefter, selv om man selvfølgelig reserverer sig den endelige Afgørelse, til Tallene er statistisk sikrere.

Og man maa vel huske paa, at Middelfejlsberegningerne kun kan sige os, at de fundne Afvigelser *kan* være tilfældige, og intet om, at de *er* tilfældige.

INDSAMLINGEN AF MATERIALET

Denne er som allerede nævnt planlagt og foretaget af Prof. *Hauch*. Man valgte som Tidsrum Aarene 1918 til 1927, begge inclusive. 10 Aar maa antages at være nok til at faa et tilstrækkeligt stort Materiale, og paa den anden Side maa det anses for formaalstjenligst ikke at gaa længere Tid tilbage, hvis Oplysningerne skal være tilstrækkelig udførlige og nøjagtige.

Der er kun medtaget sikre Tilfælde af Eklampsi med typiske Krampeanfald, og, for at faa Sikkerhed for Diagnosen, kun saadanne, der har været lægebehandlet. Da alle Eklampsitilfælde her i Landet sikkert har været under Lægebehandling, er der næppe nogen, der er undgaaet os af denne Grund.

Indsamlingen af Materialet er sket ved Udsendelse af Spørgeskemaer til alle Landets Sygehuse, Hospitalsafdelinger og Fødselsstiftelser, der alle har besvaret disse. Større Vanskelighed har der været med at opspore de i Hjemmene behandlede Tilfælde. En Opfordring i »Ugeskrift for Læger« til de praktiserende Læger om at meddele de af dem behandlede Eklampsitilfælde gav intet Resultat.

Man maatte da gaa den Omvej at bede Embedslægerne om at gennemgaa Jordemoderprotokollerne og fik herigennem Oplysning om, hvor der var forekommet saadan behandlede Eklampsitilfælde, og hvilken Læge, der havde behandlet Tilfældet. Der blev derefter sendt Spørgeskemaer til disse Læger. Ad denne Vej, hvor altsaa samtlige Landets Fødsler har kunne kontrolleres paa Grund af Jordemødrenes Protokolføringspligt, er det lykkedes at faa Oplysning om saa godt som alle Patienter i denne Kategori. Kun om 20 Patienter er det, trods gentagne Forsøg, ikke lykkedes at faa Oplysninger. Da imidlertid ca. 38 % af de af Jordemødrene som Eklampsi opgivne Tilfælde har vist sig ikke at være Eklampsi, drejer det sig antagelig kun om ca. 12 Tilfælde, eller under

1 % af samtlige opsporede Patienter. Dette Deficit kan næppe tænkes at influere paa Resultaterne.

Yderligere er Listerne over de i Hjemmene behandlede Tilfælde konfererede med Sygehusenes Lister, for at undgaa »Gengangere«, hvis den i Hjemmet paabegyndte Behandling skulde være blevet fortsat paa et Sygehus.

Som det vil ses heraf, maa Indsamlingen af Materialet siges at have været saa effektiv, som det overhovedet er muligt ved en statistisk Undersøgelse. Man kan saaledes antage, at det kun er et Faatal af de forekomne Tilfælde af ægte Eklampsi, der mangler i vort Materiale, men der eksisterer teoretisk den Mulighed, at det fundne Antal er for stort paa Grund af Fejldiagnoser. De Sygdomme, der kan forveksles med Eklampsi, er væsentligst Epilepsi og Hysteri. Langt de fleste af Patienterne er dog hospitalsbehandlede, og der er ingen Grund til at antage, at saadanne Fejldiagnoser ikke skulde opdages under et Hospitalsophold. Hele Spørgsmaalet om Differentialdiagnosen er dog nærmere behandlet andetsteds. De øvrige Lidelser, der kan tænkes at give Anledning til Forveksling, er saa sjældne, at de statistisk set ingen Rolle spiller.

Paa Skemaerne er spurgt om, 1) Dato og Aarstal for Eklampsiens Udbrud, 2) Patientens Navn (eller Forbogsstaver), 3) Hjemsted, 4) om gift eller ugift, 5) Alder, 6) Antal tidligere Fødsler, 7) ev. tidligere Eklampsier, 8) Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud i Forhold til Fødslen, 9) Antal Anfald (før og efter Behandlingens Begyndelse), 10) Albumenmængde, 11) Blodtryk, 12) Tegn paa chron. Nephritis, 13) Behandling (medikamentel — Forløsning?), 14) Resultat for Mødrene (ev. Dødsårsag og Tidspunkt), 15) Resultat for Børnene, Vægt, Længde, ev. Dødsårsag og Tidspunkt.

Besvarelserne har gennemgaaende været udførlige, og i alle Tilfælde tilstrækkelige til at sikre Diagnosen og udskyde fejlagtigt diagnosticerede Tilfælde. Det har derimod ikke være nødvendigt at udskyde noget Tilfælde paa Grund af utilstrækkelige Oplysninger, selv om enkelte Spørgsmaal, som f. Eks. Albuminuriens Grad, Blodtrykkets Højde, Børnens Udviklingsgrad el. lign., ikke er besvarede.

FØRSTE AFSNIT

STATISTIK

Eklamsiens totale Hyppighed.

I Aarene 1918—27 er der ialt her i Landet forekommet 1286 Tilfælde af Eklamsi. Af disse er 116 behandlet i Hjemmene, 742 paa Sygehusene og 428 paa Fødselsstiftelserne i København og Aarhus.

Kun 9 % af det samlede Antal er altsaa ikke hospitalsbehand-
lede. Dette Tal svarer til det af *v. Heuss* (78) for Berlin for Aarene 1918—27 beregnede: 10 %, og til det af *Küstner* (99) for Leipzig fundne Tal: 12 %. Sidstnævnte finder imidlertid, at i Sachsen som Helhed behandlede 39,7 % af Patienterne i Hjemmene og i Landdistrikterne endda 62 %.

Vi er altsaa herhjemme naaet vidt i Retning af Hospitalisering af Eklamptikerne, hvilket maa anses for det gunstigste for disse Patienter, og vi er rimeligvis naaet saa vidt, som man kan i denne Henseende, idet de Patienter, som her behandles i Hjemmene (som det senere skal ses), overvejende er saadanne, hvor et hurtigt og nemt Indgreb, hyppigst Tangforløsning, kan bringe Kramperne til Ophør.

Küstners Tal viser, hvor forsigtig man ved statistiske Under-
søgelser over Eklamsien skal være ved udelukkende Anvendelse af Hospitalsmateriale, og selv herhjemme vilde ikke blot Totalhyppigheden forrykkes, men ogsaa mange af Enkeltundersøgelserne paavirkes, hvis de i Hjemmene behandlede Tilfælde ikke medregnes. Disse Patienter repræsenterer nemlig ikke et Gennemsnitsudsnit af Patientmaterialet; tværtimod er visse Grupper af Patienterne relativt talrige her. Det er saaledes overvejende de letteste Tilfælde, hyppigst udbrudt ved Fødselens Afslutning og overvejende hos ældre og flergangsfødende Kvinder.

I samme Tidsrum som de 1286 Eklampsier er der i hele Landet forekommet 737701 Fødsler, hvilket giver en Eklampsihyppighed af 1:574 eller 1,74 ‰.

De tidligere Landsstatistikere's Tal ses af Tabel 1.

Tabel 1.

	Ekl.	Fødsler	Ekl.hyp.	i ‰
Mecklenburg-Schwerin				
1885—99. <i>Büttner</i>	499	260101	1:521	1,92
Østpreussen				
1898—1903. <i>Hammerschlag</i> ..	291	240536	1:827	1,21
Kanton Zürich				
1884—1900. <i>Meyer-Wirz</i>	335	126735	1:378	2,64
Baden				
1910—23. <i>Gessner</i>	1184	734031	1:620	1,61
(Baden				
1910—29. <i>Stat. Landesamt</i>) ¹⁾ .	1934	1037809	1:537	1,86
(Baden				
1918—27. do.) .	1004	516334	1:514	1,94
Sachsen				
1920—29. <i>Küstner</i>	2219	951300	1:430	2,33
Danmark				
1918—27	1286	737701	1:574	1,74

¹⁾ Velvilligst overladt mig af *Statistisches Landesamt, Karlsruhe*.

Som tidligere nævnt maa *Büttners* Statistik og Tallene fra Baden og Sachsen anses for de paalideligste. Afvigelserne af disse fra vore er ikke betydelige. Den større Eklampsihyppighed i de to sidstnævnte Landomraader er et Forhold, som der senere skal vendes tilbage til under Spørgsmaalet om Verdenskrigens Indflydelse, idet der som Følge af denne gjorde sig særlige Forhold gældende i Tyskland i det undersøgte Tidsrum.

At *Büttners* Forholdstal er større end vort er forsaavidt forbavsende, som det synes, at Eklampsihyppigheden er stadig stigende, men som det allerede tidligere er paapeget, er der imidlertid en Sandsynlighed for, at *Büttner* har faaet et for stort Antal Eklamptikere med paa Grund af Fejldiagnoser, og dette vil da være nok til at forklare Forskellen.

Hammerschlags og *Meyer-Wirz'* Tal er, som tidligere nævnt, ikke ganske paalidelige. Disses Afvigelser fra vore kan man derfor ikke tillægge større Betydning.

Som Helhed kan man altsaa sige, at man, ved Sammenligning

af vore Tal med Tallene andetstedsfra, ikke faar Indtryk af, at geografiske Forskelliger (Klima, Levevis og lignende) spiller nogen væsentlig Rolle for Eklampsihyppigheden, men indtil nu er Undersøgelserne heraf for faatallige. Kun yderligere Landsstatistiker kan give Svar herpaa.

Eklampsiens Hyppighed pr. Aar.

Eklampsihyppighedens Vekslen fra Aar til Aar ses af Tabel 2 og Kurve 1.

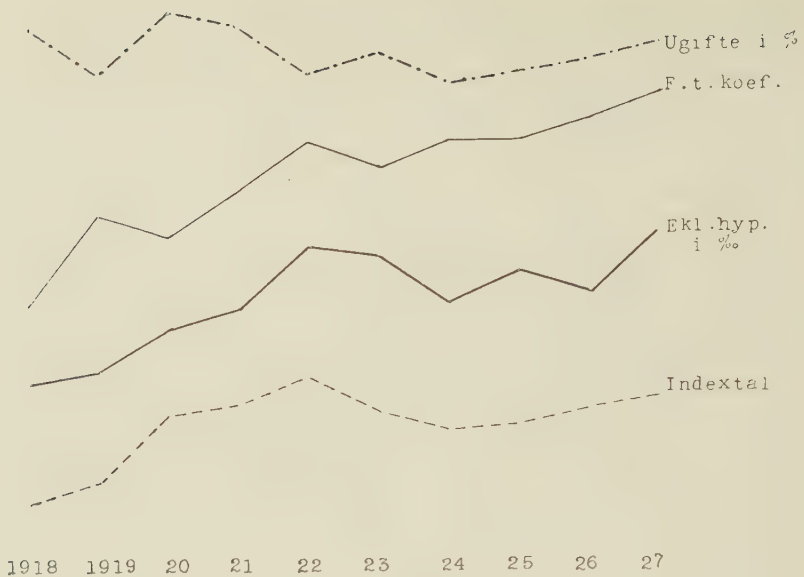
T a b e l 2.

	P.	S.	St. ¹⁾	ialt	Fødsler ialt	Ekl.hyp.	i ‰
1918	3	46	52	101	73235	1:725	1,38
1919	10	51	38	99	69363	1:700	1,43
1920	9	69	48	126	78940	1:627	1,60
1921	22	66	46	134	79477	1:593	1,68
1922	15	86	45	146	74545	1:510	1,96
1923	16	77	52	145	75440	1:520	1,92
1924	16	74	38	128	74431	1:581	1,72
1925	7	92	35	134	72563	1:541	1,85
1926	4	85	37	126	71203	1:565	1,77
1927	10	96	37	143	68504	1:486	2,09
ialt..	112	742	428	1282	737701	1:575	1,74

¹⁾ Fremtidig vil blive anvendt Forkortningerne: P. = praktiserende Læger, S. = Sygehuse og St. = Fødselsstiftelser.

Antallet af Fødsler har i dette Tidsrum været stadig faldende, medens Antallet af Eklampsier nærmest er uforandret. (Stigningen i de absolute Tal fra 1920 skyldes Genforeningen med Sønderjylland). Den relative Eklampsihyppighed er svarende hertil tiltagende. Stigningen er stærkest udtalt i Aarene 1918—22 inclusive, nemlig fra 1,38 til 1,96 ‰; derefter er Hyppigheden nærmest uforandret indtil 1927.

Eklampsihyppighedens Stigning fra Aar til Aar er saa lille, at den kan være tilfældig; ogsaa naar Tallene sammentrækkes til to 5-aarige Perioder, er Stigningen fra 1ste til 2det Femaar mindre end Middelfejlen paa denne Differense. Betragtes alene Forskellen mellem laveste Eklampsihyppighed (i 1918) og højeste Eklampsihyppighed (i 1927) ses, at denne er 0,71 ‰, hvilket er mere end 3 Gange Middelfejlen paa denne Differense. Dette, sammenholdt



Kurve 1. Eklampsihyppighed, Indextal, Fødselstalskoefficient og Procenttal ugifte Fødende pr. Aar.

med Kurvens jævne Forløb, synes at tyde paa, at der virkelig har fundet en Stigning Sted i Eklampsihyppigheden i det iagttagne Tidsrum.

Denne Stigning i Eklampsihyppigheden i Efterkrigsaarene har ogsaa været iagttaget i Tyskland, hvor den fulgte efter en stærk Aftagen af Eklampsihyppigheden i selve Krigsaarene.

Opgivelserne fra Tyskland stammer overvejende fra Hospitalsmateriale. *Hinselmann* (80) har samlet Tallene fra saa godt som samtlige tyske Hospitaler og fundet følgende (Tabel 3):

Tabel 3.

1/4 1911 — 31/3 1915		1/4 1915 — 31/3 1919		1/4 1919 — 31/12 1922	
Ekl.	Fødsler	Ekl.	Fødsler	Ekl.	Fødsler
2322	161443	1112	131704	1438	113077
1 : 69,5		1 : 118,4		1 : 78,6	

Som tidligere paapeget er Hospitalsmaterialer imidlertid ikke paalidelige, og Forandringerne kunde f. Eks. tænkes at skyldes Forskelle i Indlæggelseshyppighed af Patienterne; det er imidler-

tid saa heldigt, at der fra Baden foreligger en fortrinlig Landsstatistik, idet Eklampsien her som tidligere nævnt er anmeldelsespligtig. *Gessner* (59) har offentliggjort Tallene herfra for Aarene 1910—23, og *Statistisches Landesamt* i Karlsruhe har været saa imødekommende at meddele mig Tallene indtil 1929, saaledes at vi har samme Tidsrum med, som i vort Materiale.

Disse Tal ses af Tabel 4 og Kurve 2.

Tabel 4.

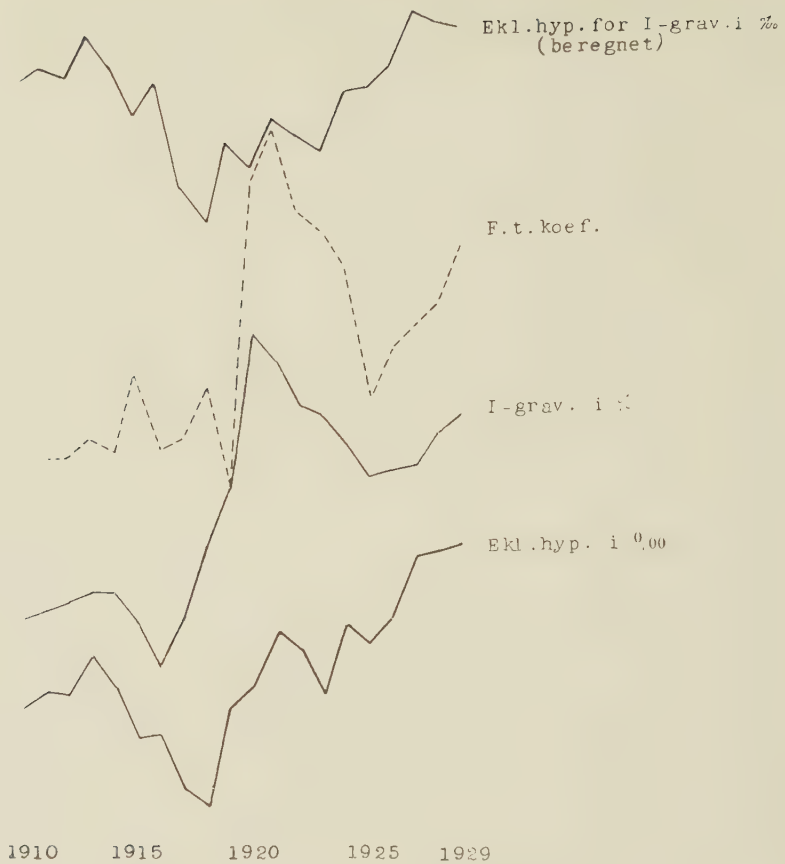
Baden.

Aar	Ekl.hyp. i ‰ (Sachsen)	I-grav. i ‰	Forhold: Vielser ¹⁾ /Fødsler	F.k. ²⁾	Udenf. Ægtesk. f. Børn i ‰
1910 . . .	1,49	21,6			7,9
1911 . . .	1,65	21,9	15288/63031	24	8,1
1912 . . .	1,63	22,7	15339/63308	24	8,6
1913 . . .	1,95	23,1	15717/60901	26	8,6
1914 . . .	1,70	23,1	15284/60621	25	9,1
1915 . . .	1,27	21,2	13828/45643	31	10,3
1916 . . .	1,30	18,9	8038/32358	25	10,7
1917 . . .	0,81	21,7	7786/29779	26	11,6
1918 . . .	0,65	26,2	9065/30546	30	13,3
1919 . . .	1,48	29,1	10390/47240	22	11,1
1920 . . .	1,66 (1,58)	39,0	28489/60673	47	10,1
1921 . . .	2,19 (2,09)	37,4	31952/61240	52	9,4
1922 . . .	2,04 (2,26)	34,6	25398/57881	44	9,4
1923 . . .	1,63 (2,01)	34,1	23701/55227	43	9,1
1924 . . .	2,20 (2,02)	32,6	20776/52339	40	9,1
1925 . . .	2,06 (2,30)	30,3	15214/52963	29	10,5
1926 . . .	2,24 (2,72)	30,7	16626/49983	33	11,3
1927 . . .	2,80 (2,77)	30,9	16620/48242	34	11,3
1928 . . .	2,86 (3,19)	32,8	18471/49290	37	11,5
1929 . . .	2,93 (2,84)	34,0	19696/47161	42	11,4

¹⁾ I det forudgaaende Aar.

²⁾ Fødselstalskoefficient.

Som det ses er Eklampsihyppigheden jævnt stigende i Aarene 1910—14, derefter kommer et stærkt Fald i Krigsaarene indtil 1919, hvor en kraftig Stigning begynder; denne kulminerer i første Omgang i 1921, Værdierne holder sig derpaa uforandrede i nogle Aar, for atter at stige i de senere Aar. *Küstners* Tal fra Sachsen fra 1920 til 1929 (indsat i Tabel 4) viser ialt væsentligt samme Svingninger.



Kurve 2. Baden: Eklampsihyppighed i ‰, I-grav. i ‰, F.t. koef. og Eklampsihyppighed for I-grav. i ‰.

Disse Svingninger af Eklampsihyppigheden i Krigs- og Efterkrigsaarene har vakt megen Opmærksomhed i Tyskland, og har, som *Hinselmann* (80) udtrykker det, været opfattet som et stortilet experimentelt Bevis for Ernæringens ætiologiske Betydning, idet den bevisligt æggehvide- og fedtfattigere Kost i Krigsaarene skulde være Aarsagen til Sygdommens aftagende Hyppighed. Som et yderligere Moment regner *Gessner* (59) Kvindernes større Beskæftigelsesgrad under Krigen, der skulde medføre en kraftigere Iltning af Organismen, virkende gavnligt i samme Retning, som Kostforandringen.

Naar man nærmere studerer Tallene, faar man dog en Formodning om, at Ernæringsforholdene alene ikke er nok til at for-

klare Svingningerne. Faldet i Eklampsihyppigheden begynder nemlig allerede i 1915, inden Manglen paa Fødemidler rigtig gør sig gældende, og navnlig er det paafaldende, at Eklampsihyppighedens stærke Stigning begynder straks i 1919 og naar sit første Maksimum i 1921, hvor Ernæringsforholdene, for Størsteparten af Befolkningen, endnu ikke var væsentlig forandrede (*Tyszka* (175), *Gessner* (59)).

Der er imidlertid endnu et Moment, som gør sig gældende, og det er Forholdet imellem Antallet af Første- og Flergangs-fødende. Som bekendt er Eklampsihyppigheden betydelig større hos de førstnævnte. En Forskydning af Fordelingen i disses Favør maa derfor ventes at medføre en Stigning af den relative Eklampsihyppighed. Det store Antal unge Mænd, der var fraværende i Krigsaarene og deres Hjemkomst efter Krigen maatte á priori forventes at medføre netop de Forandringer, som faktisk ses.

Hinselmann (80) har først gjort opmærksom paa dette Forhold og har derfor sammenlignet Eklampsihyppighed og Procentantal Førstegangsfødende før, under og efter Krigen i Baden. Han finder Tallene: Tabel 5

Tabel 5.

	1905-14	1915-18	1919-20
Ekl.-hyp.	1 : 595	1 : 961	1 : 631
I-grav.	22 %	22 %	53 %

og konkluderer deraf dels, at Eklampsihyppighedens Nedgang i Krigsaarene ikke kan skyldes et forandret Forhold mellem Antallet af Første- og Flergangsfødende og dels, at Stigningen i Eklampsihyppigheden efter Krigen er mindre udtalt, end man skulde vente efter Stigningen i Antallet af Førstegangsfødende, saaledes at Krigstidens Virkning maa være fortsat ogsaa efter Fredens Ikrafttræden.

For at faa et nøjagtigere Indtryk af disse Forhold har jeg fra *Statistisches Landesamt* i Karlsruhe forskaffet mig Tallene fra Baden Aar for Aar fra 1910—29. Resultatet ses af Tabel 4 og Kurve 2.

Det ses da, at der er en vis Parallellitet mellem Eklampsihyppighed og Procenttal Førstegangsfødende (blandt samtlige Fødende). Begge stiger jævnt i Aarene før Krigen og falder noget i de første Krigsaar. Derpaa kommer der en Afvigelse i 1917 og 18,

hvor Eklampsihyppigheden aftager trods stigende Antal Førstegangsfødende; hvorefter begge Kurver stiger, idet dog Antallet af Førstegangsfødende viser en særlig stærk Stigning i de første Efterkrigsaar.

Ved at opgøre Eklampsihyppigheden særskilt for de Førstegangsfødende kan man udelukke Indflydelsen af Svingninger i disses relative Antal blandt samtlige Fødende. Antallet af førstegangsfødende Eklamptikere pr. Aar for Baden er det ikke lykkedes mig at skaffe. Det har derfor i Tabel 6 være nødvendigt at beregne Eklampsihyppigheden pr. Aar for Førstegangsfødende ved et antaget konstant Procenttal Førstegangsfødende blandt Eklamptikerne paa 68 % (om hvilket Tal se senere). Denne Mangel svækker selvfølgelig Undersøgelsens Værdi, det væsentligste bliver derfor den direkte Sammenligning mellem Procentantallet Førstegangsfødende blandt samtlige Fødende og den totale Eklampsihyppighed.

T a b e l 6.

Baden.

	Beregnet Antal første- gangsfødende Ekl. ialt	Førstegangs- fødende ialt	Beregnet Eklampsihyppighed for Førstegangsfødende i ‰
1910	67	14144	4,74
1911	71	13828	5,13
1912	70	14344	4,88
1913	81	14042	5,77
1914	70	14021	4,99
1915	39	9871	3,95
1916	29	6107	4,75
1917	16	6452	2,48
1918	14	7991	1,75
1919	48	13774	3,48
1920	69	23683	2,91
1921	91	22897	3,97
1922	70	20015	3,50
1923	61	18815	3,24
1924	78	17037	4,58
1925	74	16051	4,61
1926	76	15369	4,95
1927	92	14924	6,16
1928	96	16186	5,93
1929	94	16057	5,85

Det ses da, at der i de 2 sidste Krigsaar og i de første Efterkrigsaar findes en Aftagen af Eklampsihyppigheden, til hvilken man altsaa maa søge anden Aarsag end Aftagen af de Førstegangsfødendes Antal, og det ligger da, med vort Kendskab til Eklampsiens Pathogenese, nærmest at søge denne i Ernæringsforholdene.

Paa den anden Side ses det, at Eklampsihyppigheden i de senere Aar ikke ligger paa et højere Niveau end før Krigen, naar der tages Hensyn til det stigende Antal Førstegangsfødende, hvilket Tallene for samtlige Fødende ved første Blik syntes at vise.

Hele dette Spørgsmaal kunde dog have været uddybet yderligere. Det havde saaledes været interessant at undersøge, om Eklampsihyppighedens Aftagen har været lige saa stærk i Byerne som paa Landet, idet der ingen Tvivl er om, at Manglen paa Fødemidler var langt alvorligere i de første.

Denne Formodning om Ernæringsens Rolle for Eklampsiens Opstaaen, som er af særlig Betydning for Spørgsmaalet om Eklampsiens Profylakse, bestyrkes af nogle andre Iagttagelser af beslægtede Svangerskabssygdomme. Saaledes har *Warnekros* (180) fundet, at ogsaa Svangerskabsnefriterne aftog i Hyppighed under Krigen i Berlin. Hans Tal for disse i Procent af samtlige Fødsler er:

1911	1912	1913	1914	1915	1916
2,1 %	2,0 %	4,0 %	2,2 %	1,0 %	1,2 %

og *Lichtenstein* (108) har i Leipzig fundet, at medens Hyperemesis gravidarum i Aarene 1905—14 komplicerede 1,8 % af Svangerskaberne, fandtes denne Komplikation i 1915—17 kun i 0,9 %. Ernæringsens Rolle for Eklampsiens Opstaaen antydes ogsaa af et Par andre Iagttagelser. Saaledes anfører *Warnekros* (180), uden dog at give Tal, at under Krigen er det særlig Kvinder fra de velstaaende Klasser, der faar Eklampsi. Samme Resultat kommer ogsaa *Varo* (176) til i Budapest. Han finder, at medens før Krigen 19,7 % af Patienterne tilhører velhavende Klasser, er dette Tal under Krigen steget til 45 %. Disse Tal maa dog vurderes med nogen Forsigtighed, idet Krigen kan have medført økonomiske Forskydninger og Forskydninger i Tilgangen til Hospitalerne.

Som det ses er de aarlige Svingninger i Eklampsihyppigheden herhjemme meget lignende de samtidig i Baden forekommende. Det ligger da nær at antage samme Aarsager, selv om man straks er klar over, at Ernæringsforholdene ikke har været underkastet saa abnorme Variationer her i Landet.

Spiller Ernæringen nogen afgørende Rolle, var det bedste selvfølgelig at faa Tal for Konsumet af Æggehvide- og Fedtstoffer pr. Individ og Aar. Saadanne Tal er imidlertid vanskelige at faa, men da dette Forbrug af de dyreste Næringsmidler maa være afhængigt af Velstanden, maa et Tal, der angiver Livsvilkaarenes Vekslen gennem Aarene, kunne bruges, ialtfald til en skønsommæssig Sammenligning.

Hertil er valgt Statistisk Departements Indekstal for den reelle Værdi af den gennemsnitlige aarlige Arbejdsfortjeneste for Industrierbejdere. Der er her taget Hensyn baade til den absolute Indtægt og til Prisniveauet, saaledes at man faar et reelt Udtryk for Livsvilkaarene. Sættes dette Tal til 100 for 1913 faas følgende Værdier:

1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
86	95	125	127	138	124	117	118	125	129

Sammenlignes Eklampsihyppigheden pr. Aar med Indekstallet for det foregaaende Aar, hvilken Forskydning allerede er foretaget paa Kurve 1 (man kan tænke sig herved at faa Paavirkningen i Svangerskabet), ses en god Overensstemmelse mellem de 2 Kurver.

Et Spørgsmaal er det imidlertid, om Eklampsihyppighedens Variationer er en direkte Følge af Livsvilkaarenes Forandringer gennem den formodede Forandring af Kosten.

Som i Tyskland maa Svingninger i Antallet af Førstegangsfødende med deres større Eklampsihyppighed ogsaa herhjemme tænkes at influere paa den totale Eklampsihyppighed. Desværre er de Fødendes Fødselstal ikke tidligere anmeldt her i Landet og er derfor ikke indgaaet i Fødselsstatistiken.

Man kan imidlertid ad en Omvej faa et tilnærmelsesvist Begreb om Svingninger i Antallet af Førstegangsfødende fra Aar til Aar. Dette maa nemlig til enhver Tid bestemmes af to Ting. For det første af Antallet af nygifte Kvinder pr. Aar, idet disse fortrinsvis er Førstegangsfødende; dette Tal svarer til Antallet

af Vielser, hvilket er kendt. Forholdet mellem Antallet af Vielser og Antallet af gifte Fødende i det paafølgende Aar maa i store Træk svare til Forholdet mellem Antallet af Førstegangsfødende og Antallet af samtlige Fødende i Ægteskab under Forudsætning af, at 1) ingen har født før Vielsen, og at 2) alle føder i Løbet af det første Aar efter denne.

Dette er selvfølgelig ikke Tilfældet. Hvad angaar Antallet af de, der har født før Vielsen, saa kan man undgaa den Fejl, der opstaar ved gentaget Ægteskab, ved kun at medregne de Vielser, der indgaaes af tidligere ugifte Kvinder. De, der tidligere har født udenfor Ægteskab, repræsenterer kun en mindre og ret konstant Part af samtlige Fødende.

Tilbage bliver Spørgsmaalet: hvormange der føder i Løbet af det efter Vielsen følgende Aar. *Kisch* (89) har fundet, at det drejer sig om ca. 60 %.

For at konstatere Svingninger i det gennemsnitlige Antal af Førstegangsfødende ved denne Metode er det imidlertid blot nødvendigt, at de to sidstnævnte Afvigelser holder sig nogenlunde konstante, og dette er antagelig Tilfældet, idet Antallet af ugifte Fødende, og dermed Antallet af de, der har født før Vielsen, ikke viser større Svingninger, og den primære Frugtbarhed næppe er blevet væsentlig mindre (noget andet er, at Antallet af Børn i Ægteskaberne er aftagende).

Den anden Faktor, som influerer paa Antallet af Førstegangsfødende, er Antallet af ugifte Fødende, idet disse fortrinsvis er Førstegangsfødende. Af Fødselsstiftelsens og Jordemoderprotokollernes Materiale i København har jeg saaledes fundet, at i 1923 er 71,1 % af de Ugifte Førstegangsfødende. Da de ugifte Fødende imidlertid kun repræsenterer 10,9 % af samtlige Fødende i de 10 Aar, spiller Svingninger i disses Antal dog kun en mindre Rolle.

For at faa et brugeligt Skøn over Antallet af Førstegangsfødende i de forskellige Aar, kunde man altsaa tænke sig, at bestemme Forholdet mellem Antallet af indgaaede Vielser og Antallet af Fødsler det følgende Aar, af praktiske Grunde udtrykt ved Fødselstalskoefficienten, hvorved forstaas Antal Vielser pr. 100 Fødsler. Stiger dette Forholdstal, maa der antages at være flere Førstegangsfødende og omvendt.

Til Kontrol af denne Fremgangsmaades Brugbarhed har jeg beregnet de tilsvarende Tal for Baden for Aarene 1910—29. Da de Fødendes Fødselstal her er kendt, er en direkte Sammenligning mulig. Som det ses af Tabel 4 og Kurve 2 er der god Overensstemmelse mellem de aarlige Svingninger af Fødselstalskoefficienten og det faktiske Antal af Førstegangsfødende. Den eneste Undtagelse danner Krigsaarene, hvor særlige Forhold naturligvis maa gøre sig gældende, der er derfor al Grund til at antage, at Metoden ogsaa kan anvendes herhjemme.

Prøver man nu at bestemme Fødselstalskoefficienten herhjemme pr. Aar ses af Tabel 7 og Kurve 1, at dette Tal ligesom Eklampsihyppigheden er stigende i Aarene 1918—22, hvorefter begge væsentlig holder sig paa samme Niveau indtil 1927.

Tabel 7.

	Ekl.hyp. i ‰	Forhold: Vielser (gifte Piger) ¹⁾ /Gifte Fødende	F. t. koef.
1918	1,38	19797/64831	31
1919	1,43	21821/62056	35
1920	1,60	23710/69634	34
1921	1,68	25501/70688	36
1922	1,96	25205/66717	38
1923	1,92	24830/67230	37
1924	1,72	25301/66738	38
1925	1,85	24934/64943	38
1926	1,77	24332/63521	39
1927	2,09	24287/60909	40

¹⁾ I det forudgaaende Aar.

Det ligger da nærmest at antage, at den Stigning i Velstand, som Indekstallet antyder, har kunnet paavirke Eklampsihyppigheden, ikke gennem den ret tvivlsomme Forandring af Kost eller Levevis, men derved at den har tilladt et større Antal Kvinder at gifte sig, hvorved en større Part af de Fødende bliver Førstegangsfødende med disses større Eklampsihyppighed. Fra 1917 til 1926 stiger saaledes Antallet af indgaaede Ægteskaber pr. 10000 Indbyggere fra 70 til 88.

I samme Retning maa en Aftagen af Antallet af Kvinder med højere Fødselsnumre virke. Det er en kendt Sag, at Frugtbarheden herhjemme er stadig aftagende. Beregnet for hele Landet var saaledes i Aarene 1916—20 det aarlige Antal Fødsler pr. 1000 Kvin-

der mellem 16 og 49 Aar: 165. I Aarene 1921—25 var det tilsvarende Tal: 150. I Tabel 8 fra »Aarsberetning angaaende Sundhedstilstanden i København 1927« findes mere detaljerede Tal, omfattende samme Tidsrum som vore Undersøgelser.

Denne betydelige Nedgang i Frugtbarheden maa efter alt at dømme særlig skyldes de Flergangsfødende.

Tabel 8.

Aarligt Gennemsnit	Af 1000 Kv. mellem 15-45 Aar fødtes følgende Antal Børn		Af 1000 g. Kv. mell. 15-45 Aar fødtes følgende Antal Børn	Af 1000 ug. Kv. mell. 15-45 Aar fødtes følgende Antal Børn
	I Ægteskab	Udenf. Ægtesk.	ialt	ialt
1918—22	 60	19	131	34
1923	 56	16	124	29
1924	 54	15	115	27
1925	 50	14	105	27
1926	 48	14	106	26
1927	 45	14	94	27

Af Tabel 9 fra Statistisk Departement »Ægteskaber, Fødte og Døde i Aarene 1921—25« ses saaledes, at Fødselshyppigheden kun er stigende i den yngste Aldersklasse, men aftagende i de øvrige; særlig udtalt i de ældre Aldersklasser.

Tabel 9.

For hver 100 Kvinder i hver Aldersklasse udgjorde det aarlige Antal Fødsler i Ægteskab:

	1916-20	1921-25
16—19 Aar	54,2	62,9
20—24 -	36,8	35,9
25—29 -	26,9	25,0
30—34 -	19,9	17,5
35—39 -	13,5	11,7
40—44 -	6,1	5,3
45—49 -	0,6	0,5

Af de mig meddelte Tal fra Baden, hvor Fødselstallet er angivet, kan ses, at skønt Fødslernes Antal stadig aftager som herhjemme, tiltager de Førstegangsfødendes Antal. Som Eksempel herpaa kan anføre følgende Tal:

		I paræ	II-V paræ	VI-X paræ	over X	Fødende ialt
1910						
	ialt	14144	35516	13643	2280	65583
	i %	21,6	54,1	20,8	3,5	
1929						
	ialt	16057	26250	4384	470	47161
	i %	34,0	55,6	9,4	1,0	

Denne Formodning om Betydningen af Antallet af Førstegangsfødende for Eklampsihyppigheden kan ogsaa bestyrkes paa anden Maade.

De Førstegangsfødende er selvfølgelig overvejende de unge Kvinder; stiger disse sidstes relative Antal, eller aftager Antallet af ældre Fødende (der overvejende er Flergangsfødende), maa Forholdet mellem Første- og Flergangsfødende ogsaa forrykkes i de førstnævntes Favør.

I Tabel 10 er beregnet Antallet af de Fødende under 25 Aar, der er sat som den mest sandsynlige Grænse mellem overvejende Første- og Flergangsfødende. (I *Ditzels* (34) Materiale af ca. 39000 Fødsler i Aarene 1862 -76 findes Omslagspunktet saaledes netop ved denne Alder).

Tabel 10.

		Ekl.		Fødende		Ekl.hyp.		
	Under 25 Aar	Over 25 Aar	Under 25 Aar i 0/0	Under 25 Aar	Over 25 Aar	Under 25 Aar i 0/0	Under 25 Aar i 0/00	Over 25 Aar i 0/00
1918 ..	39	58	40,2	20097	53138	27,4	1,94	1,09
1919 ..	35	62	36,1	18915	50448	27,3	1,85	1,23
1920 ..	46	77	37,4	23032	55908	29,2	2,00	1,38
1921 ..	55	73	43,0	22604	56873	28,4	2,43	1,28
1922 ..	62	81	43,4	21388	53137	28,7	2,90	1,52
1923 ..	51	91	35,9	22040	53400	29,2	2,31	1,70
1924 ..	46	78	37,1	21714	52717	29,2	2,12	1,48
1925 ..	46	86	34,8	21519	51044	29,7	2,14	1,68
1926 ..	59	67	46,8	21239	49964	29,8	2,78	1,34
1927 ..	53	90	37,1	20807	47697	30,4	2,55	1,89

Stigning fra 1918 til 1927: 31,4 % 73,4 %

Af Tabel 10 ses, at Antallet af de ældre (og dermed fortrinsvis flergangsfødende) Fødende er stadig aftagende, særlig de første Aar.

Beregnes Eklampsihyppigheden for hver af de 2 Aldersklasser for sig, ses at Eklampsihyppigheden stiger for begge Grupper Vedkommende, men stærkest for de Ældres Gruppe; dette passer med den tidligere omtalte Formodning om, at det ialtfald overvejende er Fødslerne blandt Ældre og Flergangsfødende der indskrænkes, idet Antallet af Børn i Ægteskaberne aftager.

At det stigende Procentantal yngre Fødende ikke skyldes Forskydninger i Vielsesalderen kan ses af Tabel 11.

T a b e l 11.

Af samtlige viede Kvinder er følgende %-Antal under 25 Aar.

1917	56,0
1918	56,0
1919	56,2
1920	55,8
1921	56,1
1922	55,5
1923	55,7
1924	56,9
1925	57,1
1926	58,3

Som tidligere nævnt maa Svingninger i det procentiske Antal af ugifte Fødende ogsaa kunne tænkes at influere paa Eklampsihyppigheden, idet disse fortrinsvis er Førstegangsfødende. Af Tabel 12 ses dog, at %-Antallet af Ugifte er ret konstant i hele 10-Aars Perioden, og at der ingen væsentlige Forandringer ses i Eklampsihyppighedens Svingninger, naar de fraregnes.

T a b e l 12.

	Ekl.		Fødende		Ugifte i 0/0	Ekl.hyp. i 0/00	
	Gifte	Ugifte	Gifte	Ugifte		Gifte	Ugifte
1918 ..	81	19	64831	8404	11,5	1,25	2,26
1919 ..	77	20	62056	7287	10,5	1,23	2,74
1920 ..	93	33	69634	9306	11,8	1,34	3,54
1921 ..	106	27	70688	8789	11,6	1,50	3,07
1922 ..	112	34	66717	7828	10,5	1,68	4,34
1923 ..	119	26	67230	8210	10,9	1,77	3,17
1924 ..	100	27	66738	7693	10,3	1,50	3,51
1925 ..	111	23	64943	7620	10,5	1,71	3,02
1926 ..	95	31	63521	7682	10,8	1,50	4,04
1927 ..	109	32	60909	7605	11,1	1,79	4,21

De Ugiftes Eklampsihyppighed viser noget mere uregelmæssige Svingninger end de Giftes, men Tallene er aabenbart for smaa til at tillade sikre Slutninger. Selv naar Tallene sammen-drages til to 5-aarige Perioder, er Differensen her for de Ugifte mindre end Middelfejlen paa denne, og Stigningen fra Aaret 1918 til Aaret 1927 er kun ca. 2 Gange saa stor som Middelfejlen paa denne Differense.

Som det senere skal ses, er Eklampsihyppigheden i Byerne betydelig større end paa Landet. En Forskydning i den totale Befolknings Eklampsihyppighed kunne derfor tænkes at skyldes en Forandring af det indbyrdes Forhold mellem Antallet af Fødsler i Byerne og paa Landet.

Af Tabel 13 ses, at Byernes aarlige Andel i samtlige Fødsler er omtrent uforandret i hele Perioden. En Forandring af dette Forhold har altsaa ikke medvirket til den totale Eklampsihyppigheds Svingninger.

Undersøges Eklampsihyppigheden pr. Aar særskilt for Land- og Bybefolkningen, ses at Stigningen er stærkest udtalt for Landbefolkningen (Tabel 13 og Kurve 3). For Bybefolkningens Vedkommende er Svingningerne noget mere uregelmæssige; der synes at være en Stigning indtil 1923, hvorefter atter findes lave Værdier.

Tabel 13.

	Ekl.		Fødsler			Ekl.hyp. i ‰	
	Land	By	Land	By	By i ‰	Land	By
1918	32	66	44322	28913	39	0,72	2,28
1919	29	59	41712	27631	40	0,70	2,14
1920	33	84	46510	32430	41	0,71	2,59
1921	51	73	46553	32924	41	1,10	2,21
1922	58	71	44409	30136	40	1,31	2,36
1923	46	90	45101	30339	40	1,02	2,97
1924	46	66	45340	29091	39	1,01	2,27
1925	50	65	44071	28492	39	1,13	2,28
1926	50	61	43636	27567	39	1,15	2,21
1927	54	66	41675	26839	39	1,30	2,46

Anvendes atter Beregningen af det formodede Antal Førstegangsfødende ved Hjælp af Fødselstalskoefficienten ses (Tabel 14

og Kurve 3), at Antallet af Vielser pr. gifte Fødende viser en mere udtalt Stigning for Land- end for Bybefolkningen.

Endvidere ses, at medens Procentantallet ugifte Fødende er ret konstant fra Aar til Aar for Landbefolkningen, er der et udtalt Fald for Bybefolkningens Vedkommende i de første 5 Aar (Tabel 15).

Begge disse Forhold kunde tyde paa, at Antallet af Førstegangsfødende er tiltaget stærkere i Land- end i Bybefolkningen, hvorfor det formodentlig ogsaa kan forklare den stærkere Stigning af Landbefolkningens Eklampsihyppighed.

Sammenlignes yderligere Kurvernes Form ses en vis Overensstemmelse i Enkeltheder.

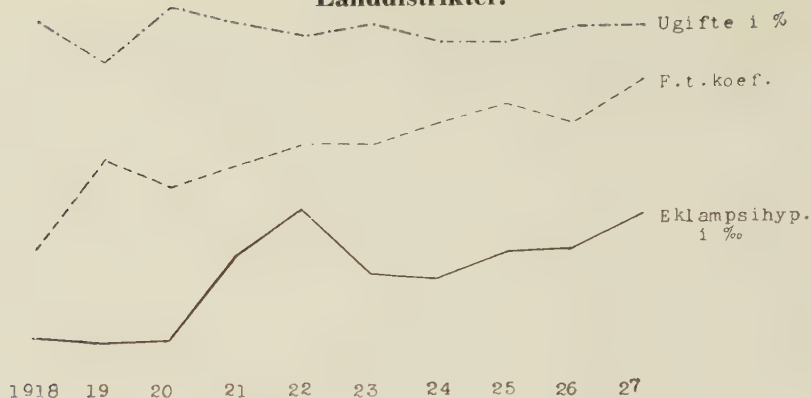
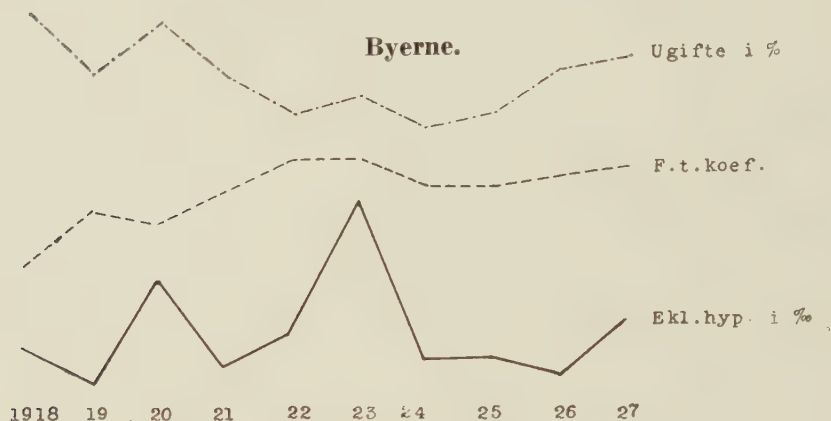
For Landbefolkningen stiger Kurven, baade for Fødselstalskoefficienten og Eklampsihyppigheden ret jævnt fra Aar til Aar (bortset fra den isolerede Stigning i 1922).

Blandt Bybefolkningen stiger begge Kurver stærkt i de første 5—6 Aar, derefter falder Eklampsihyppigheden, medens Fødselstalskoefficienten holder sig ret uforandret. Dette Fald, som særlig skyldes Hovedstaden (Tabel 16 og Kurve 4), begynder omtrent samtidig med Aabningen af Rigshospitalets Konsultation for Svangre.

Under Spørgsmaalet om Profylaksens Betydning skal der vendes tilbage til dette Spørgsmaal.

Tabel 14.

	Land		By	
	Forhold: Vielser (g. Piger)/gifte Fødende	F. t. koef.	Vielser (g. Piger)/gifte Fødende	F. t. koef.
1918	10004/40998	24	9793/23833	41
1919	11146/38856	29	10675/23200	46
1920	11759/42807	28	11951/26827	45
1921	12140/42966	29	13361/27722	48
1922	12262/41202	30	12943/25515	51
1923	12357/41644	30	12473/25586	51
1924	13115/42012	31	12150/24726	49
1925	13067/40860	32	11867/24083	49
1926	12773/40359	31	11559/23162	50
1927	12861/38465	33	11426/22444	51

Landdistrikter.**Byerne.**

Kurve 3. Eklampsihyppighed, Fødselstalskoefficient og Procentantal
ugifte Fødende pr. Aar.

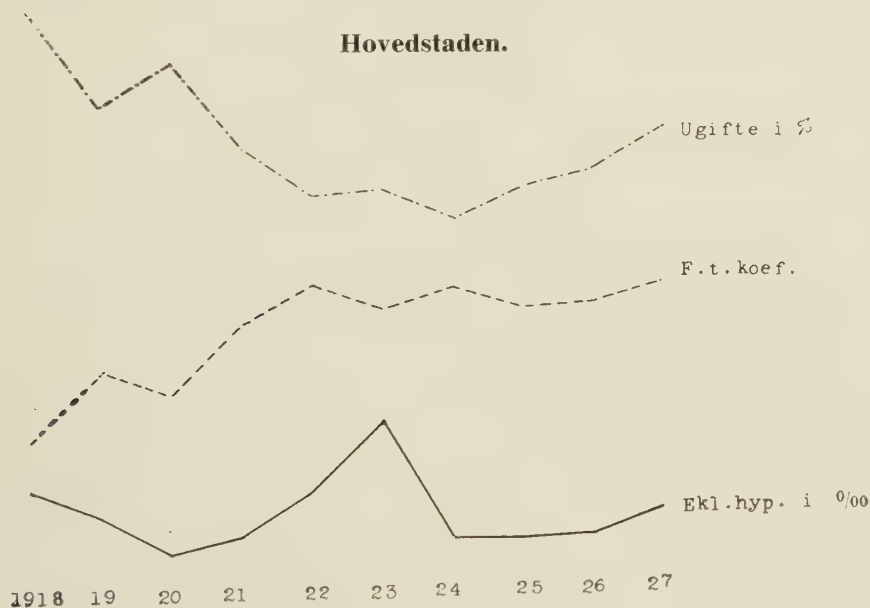
Tabel 15.
Ugifte Fødende.

	Land		By	
	ialt	i 0/00	ialt	i 0/00
1918	3324	7,7	5180	17,6
1919	2856	6,8	4451	16,1
1920	3703	8,0	5603	17,3
1921	3587	7,7	5202	16,1
1922	3207	7,4	4621	15,3
1923	3457	7,7	4753	15,7
1924	3328	7,3	4365	15,0
1925	3211	7,3	4409	15,4
1926	3277	7,7	4405	16,4
1927	3210	7,7	4485	16,7

Undersøges Forholdene særskilt for Hovedstaden (Tabel 16) ses, at Eklampsihyppigheden er ret konstant med en isoleret Stigning i 1923. Man vilde vente en stærkere Stigning i Aarene 1918—22 efter Fødselstalskoefficienten at dømme, men det er muligt, at det stærke Fald i disse Aar af Antallet af Fødsler udenfor Ægteskab, her hvor disse repræsenterer en saa stor Del af Fødslerne (ca. 20 %), kan kompensere denne Stigning.

Tabel 16.

			<i>Hovedstaden.</i>				
	Ekl.	Fødsler	Ekl.hyp. i 0/00	Forhold: Vælses (g. Piger)/g. Fødende	F. t. koef.	Fødsler udenfor Ægteskab i 0/0	
1918		46	13633	3,37	5372/10422	52	23,6
1919		40	12926	3,09	5698/10163	56	21,6
1920		42	14871	2,82	6325/11518	55	22,5
1921		45	15036	2,99	7155/11927	60	20,7
1922		41	13634	3,01	6917/10950	63	19,6
1923		52	13769	3,78	6691/11049	61	19,7
1924		37	12933	2,86	6562/10448	63	19,2
1925		35	12633	2,76	6132/10130	61	19,8
1926		35	12294	2,85	6075/9816	62	20,1
1927		37	11716	3,16	5799/9248	63	21,1

Hovedstaden.

Kurve 4. Eklampsihyppighed, Fødselstalskoefficient og Procentantal ugifte Fødende pr. Aar.

Som Helhed maa det altsaa siges, at Eklampsimens relative Hyppighed synes voksende, selv om dens absolutte Fremgang foreløbig kompenseres af den stadige Nedgang i Fødslernes Tal. Passer Formodningen om, at denne Stigning skyldes Tiltagen af de Førstegangsfødendes relative Antal, kan det forventes, at Stigningen fortsættes, med mindre særlige Forhold gør sig gældende, som f. Eks. bedre og mere udbredt Profylakse.

Eklampsimens Hyppighed pr. Kalendermaaned.

At Eklampsien ikke optræder med samme Hyppighed paa alle Tider af Aaret har længe været kendt, Aarsagen hertil er imidlertid stadig uvis.

Ingen af de tidligere Undersøgere, hverken af Hospitalsmateriale eller Landsstatistikker, har taget Hensyn til de samtidige, normale Fødslers Fordeling pr. Maaned; den virkelige, relative Eklampsihyppighed er derfor ikke tidligere beregnet. Da nu Antallet af Fødsler ikke er det samme paa alle Tider af Aaret, idet der, baade herhjemme og andetsteds, er flest Fødsler i Begyndelsen af Aaret, særlig i Foraarsmaanederne, jævnt aftagende mod Slutningen, er det klart, at man først maa borteliminere denne Indflydelse, før man begynder Undersøgelserne over Eklampsihyppighedens Maanedssvingninger.

Nu synes det imidlertid, som om Eklampsihyppigheden alle Steder viser Tendens til isolerede Stigninger, som ikke modsvares af lignende i Fødselshyppigheden. Selv de Kurver, der kun bygger paa den absolutte Eklampsihyppigheds Tal, vil derfor kunne bruges til Sammenligning med vort Materiale.

De tidligere Undersøgelser paa dette Punkt er talrige og gaar alle ud paa at undersøge, om klimatiske Forhold spiller nogen Rolle, og ingen har endnu tænkt paa, om ikke andre Faktorer skulde være af Betydning.

De »meteorologiske Undersøgere« kan deles i 2 Grupper: For det første de der bestemmer Eklampsihyppigheden pr. Maaned, eventuelt sammentrukket til Aarstider, og derpaa sammenligner disse Værdier med de meteorologiske Forhold i de enkelte Maaneder.

Denne Fremgangsmaade er logisk rigtig; de forskellige meteorologiske Faktorer, der er antaget at spille en Rolle (det være sig Lufttryk, Temperatur, Luftens Fugtighedsgrad, Nedbørsmængden o. s. v.), optræder ikke ensartet fordelte over hele Aaret. De Maaneder, hvor een af disse Faktorer er særlig udtalt, maa derfor ogsaa vise Forandringer i Eklampsihyppigheden, hvis man skal antage nogen Aarsagssammenhæng. Paa den anden Side rummer den blotte Sammenligning en Fare for falske Analogier. Hvis een eller flere Maaneder viser større Eklampsihyppighed, vil det være meget nemt at finde en eller anden Aarsag i det righoldige Udvalg af meteorologiske Variationer til Forklaring af dette. De tidligere Undersøgelser af Maanedssvingningerne er opført paa Tabel 17.

Tabel 17.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
<i>Büttner</i>												
Meckl.-Schw. ...	34	41	26	55	41	51	43	42	50	49	31	35
<i>Hammerschlag</i>												
Østpreussen ...	21	27	29	24	23	24	23	19	25	31	24	21
<i>Glockner</i>												
Leipzig	10	11	18	14	15	13	11	16	15	6	9	9
<i>Bauch</i>												
Köln	52	53	47	56	39	58	41	43	38	49	48	49
<i>Esch</i>												
Berlin	49	40	47	53	39	31	43	32	31	49	37	45
<i>Steinberg</i>												
Berlin	32	37	33	26	28	26	38	26	28	27	16	23
<i>Hinselmann</i>												
Bonn	22	20	23	23	19	12	18	23	16	22	29	20
<i>v. Heuss</i>												
Berlin	132	152	144	142	167	118	145	133	146	139	115	145
<i>Hoenhorst</i>												
Kiel	28	23	32	38	29	27	24	31	23	30	28	27
<i>Westphal</i>												
Hamburg	18	14	14	21	17	12	21	17	15	15	13	13
<i>Zangemeister</i>												
Berlin	15	12	11	16	10	17	16	16	9	10	8	10
<i>Meyer-Wirz</i>												
Zürich	16	8	5	10	10	10	10	14	12	8	9	4
<i>Eden</i>												
London	28	24	47	38	27	40	37	38	34	26	30	31
<i>Solomons</i>												
Dublin	17	13	13	10	8	8	7	6	16	6	6	6

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
<i>Schauta</i>												
Wien	27	28	28	22	28	30	31	32	30	36	24	21
<i>Leidenius</i>												
Helsingfors	15	23	24	33	29	23	10	24	15	15	16	27
<i>Aal</i>												
Oslo	16	10	11	7	14	14	11	18	13	14	17	21
<i>Kielland-Mørdre</i>												
Oslo	45	39	52	31	40	40	36	30	48	42	32	27
<i>Bovin</i>												
Stockholm	19	22	33	36	32	19	19	21	22	20	17	22
<i>Lantos</i>												
Budapest	3	3	4	1	10	5	2	4	1	6	3	9
<i>Davis og Harrar</i>												
Chicago	69	67	86	100	78	81	49	65	64	71	61	62
Tilsammen												
(undt. v. Heuss)	536	515	583	614	536	541	490	519	505	532	458	482

Lægges Tallene sammen (med Fradrag af v. *Heuss'* Tilfælde fra Berlin (78) paa Grund af denne Bys Størrelse og Tidspunktet: Krigs- og Efterkrigsaarene) og tages der Hensyn til Maanedernes forskellige Længde, faas følgende Tal (Tabel 18).

Tabel 18.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Fordeling af 1200												
Eklampt.												
(Mdr. reduceret til lige Antal Dage)	100	106	109	118	100	104	91	97	98	99	88	90
Fordeling af 1200												
Fødsler i Danmark 1921-25	99	107	110	109	106	101	98	97	98	91	91	93
Diff.	+1	÷1	÷1	+9	÷6	+3	:7	0	0	+8	÷3	:3

Det ses da, at det største Antal Eklamptikere findes i Foraarsmaanederne Marts og April samt i August til Oktober. Sammenlignes disse Tal med Tallene for de Fødendes Fordeling herhjemme faas det Indtryk, at Eklampsien er relativt hyppigst i April og i Oktober.

Disse Svingninger er vanskelige at bringe ind under en fælles Aarsag blandt de meteorologiske Forhold. De der tidligere har

anvendt denne Fremgangsmaade, kommer derfor ogsaa til det Resultat, at der ingen Sammenhæng findes. (*Büttner* [25—26], *Hammerschlag* [69]).

Andre Undersøgere drager Slutninger i al Almindelighed. Saaledes vil *Hoenhorst* (83) forklare en større Eklampsihyppighed i Kiel i April Maaned med det formentlig ustadigere Vejr i denne Maaned, og v. *Heuss* (78) vil forklare Berlins større Eklampsihyppighed i Maj ved de i samme Maaned hyppige stærke Temperatursvingninger (»Kälteenbrüche«).

I Finland har *Leidenius* (103) ment at kunne paavise et ensartet Forløb af Kurverne for den maanedlige Hyppighed af Eklampsi og Forkølelssygdomme. Denne Iagttagelse er siden udvidet af *Mauno Schroderus* (151) med Iagttagelser over Hyppigheden af Angina og Nyrelidelser i Svangerskabet.

Kurverne for de 2 sidste Sygdomme viser dog for en uhildet Betragter ingen Lighed med Eklampsikurven, ikke engang naar man, som *Schroderus*, forskyder Kurven for Angina og Nyrelidelser, idet han mener, at Nyrelidelsen gaar forud for Eklampsien. At der skulle findes en Sammenhæng er ogsaa paa Forhaand usandsynligt, idet det nu er almindelig anerkendt, at Nyrelidelsen ved Eklampsi ikke er af infektiøs Natur.

Tilbage bliver Spørgsmaalet om Forkølelssygdommenes Virkning. Hertil er at anføre, at *Leidenius* gaar let hen over Eklampsihyppighedens Stigning i August, der ikke modsvares af en Stigning af Forkølelssygdommenes Antal, som tværtimod er lille paa den Aarstid. Tilbage bliver da Sammentræffet i Foraarsmaanederne, og det er et Spørgsmaal, om dette ikke er tilfældigt.

Hovedsummen af de hidtidige Erfaringer med den maanedsvise Opgørelse af Eklampsihyppigheden er da den, at der ikke er nogen sikker Sammenhæng mellem Eklampsi og Klima. Dette sandsynliggøres ogsaa af, at i forskellige Lande og paa forskellige Steder viser Eklampsihyppighedens maanedlige Variationer en Tendens til Lighed, trods det forskellige Klima.

Den anden Gruppe af Undersøgere er gaaet en anden Vej, idet de har undersøgt de klimatiske Forhold paa de Dage, hvor der er optraadt Eklampsi, og sammenligner med de eklampsifrie Dage. Saadanne Undersøgelser er gjort af *Hammerschlag* (69), der ingen Sammenhæng finder.

I Modstrid hermed er de øvrige Undersøgere. *Linzenmeier* (112)

har for Berlin 1912—13 fundet, at det Foraar og Efteraar særlig er de Dage, hvor det er fugtig-koldt Vejr, og om Sommeren særlig Dage med Uvejr, hvor Eklampsien optræder. *Zangemeister* (193) finder ved Undersøgelse gennem et halvt Aar, at det særlig er Dage med Omslag i Vejret, der er de disponerende. Begge disse to meddeler dog ikke deres Tal.

Oppenheimer (113) finder i Frankfurt 1913—22, at Eklampsidagene i 62,3 % har over og i 36,2 % under Maanedsmiddelværdi af Temperatur, at det altsaa hyppigere er paa varme Dage, at Eklampsien udbryder.

Hoenhorst (83) finder i Kiel, at 68 % af Eklampsidagene har højere Fugtighedsgrad end Maanedsmiddelværdien. Endelig opgiver han, at Eklampsien hyppigst optræder paa Dage med Nedbør (252 af Eklampsierne optræder paa Dage med Nedbør, medens ellers kun 159 af Aarets Dage har Nedbør), samt at 26 af 340 Tilfælde optræder paa Uvejrsgage, medens ellers kun 12 af Aarets Dage har Uvejr. Disse sidste Tal maa dog tages med et vist Forbehold. I hans Materiale er Eklampsihyppigheden størst i April og i August. I April er Nedbøren stor, og i August er Uvejr hyppig. Det kan altsaa dreje sig om et tilfældigt Sammentræf.

I det nærliggende Hamborg finder *Westphal* (183) ved samme Undersøgelismaade ingen Sammenhæng mellem Eklampsihyppighed og Nedbørsmængde.

Endelig finder v. *Heuss*, at i Berlin er i Maj Maaned Eklampsii 2,7 Gange saa hyppig paa Dage med stærkt Temperaturfald som paa andre Dage.

Selv om der skulde være nogen Sammenhæng mellem Eklampsiiens Udbrud og Vejrforandringer, maa det imidlertid pointeres, at man maa skelne nøje mellem en almindelig disponerende Virkning overfor den egentlige Grundsygdom: den eklamptiske Tilstand, og en udløsende Virkning overfor selve Krampeanfaldene.

Det antages nu almindeligt, at der saa godt som altid forud for Kramperne i længere Tid findes Symptomer paa Eklampsismus, og at Anfaldene kun er et enkelt Symptom. Naar de, som Regel kortvarige, meteorologiske Variationer skulde kunne fremkalde Eklampsii, kan man derfor kun tænke sig, at de kan virke udløsende paa Anfaldene hos et forud disponeret Individ, der før eller senere alligevel vilde faa Anfald, idet disse jo ogsaa optræder paa Dage, hvor de klimatiske Betingelser ikke er tilstede. Vejrligets

Indflydelse synes altsaa, efter de tidligere Undersøgelser, ialtfald at kunne reduceres fra at være egentlig sygdomsfrembringende til muligvis og højest at være anfaldsfremskyndende.

Antallet af Eklampsier pr. Maaned i de forskellige Aar ses af Tabel 19.

Tabel 19.

Aar	Ekl. pr. Aar og Maaned											
	Maaned											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1918	11	8	5	14	5	5	9	5	12	9	5	4
1919	7	5	15	8	7	8	7	8	4	15	3	8
1920	7	11	7	14	11	12	8	9	7	6	7	9
1921	6	5	16	12	11	10	11	10	7	14	12	8
1922	14	11	19	8	11	10	9	11	10	8	3	15
1923	6	10	14	12	11	9	9	13	14	10	10	7
1924	9	13	7	8	13	11	9	15	9	7	6	6
1925	12	10	15	7	7	11	10	19	7	11	6	6
1926	11	7	15	8	7	9	10	10	9	4	8	15
1927	14	14	10	9	7	19	8	12	6	8	10	7
ialt. . .	97	94	123	100	90	104	90	112	85	92	70	85

I Tabel 20 er den relative Eklampsihyppighed beregnet. Det ses da, at der herhjemme, som mange andre Steder, finder 2 større Stigninger i Marts og i August, samt en mindre Stigning i Juni.

Tabel 20.

	Ekl.	Antal fødte Børn pr. Maaned 1918-27	Ekl.hyp. i ‰
Januar	97	63871	1,52
Februar	94	62067	1,51
Marts	123	69490	1,77
April	100	66437	1,51
Maj	90	66573	1,46
Juni	104	61524	1,69
Juli	90	61811	1,46
August	112	61556	1,82
September	85	60406	1,41
Oktober	92	58364	1,58
November	70	57061	1,23
December	85	60120	1,41

Middelfejlsberegninger viser, at disse Forskelligheder kan være tilfældige. Selv mellem laveste Maanedsværdi (November 1,23 ‰) og højeste (August: 1,82 ‰) er Differensen kun ca. 2½ Gange Middelfejlen paa denne.

Trækkes Tallene sammen ses det (Tabel 21), at Vinter- og Sommerhalvaar har saa godt som samme Eklampsihyppighed, og at Eklampsihyppigheden er større i Foraars- og Sommermaanederne end i Efteraars- og Vintermaanederne.

T a b e l 2 1.

	Ekl.	Fødte Børn ialt	Ekl.hyp. i ‰
Vintermdr. (Dec.-Jan.-Febr.)	276	186058	1,48
Foraarsmdr. (Marts-April-Maj) . . .	313	202500	1,55
Sommermdr. (Juni-Juli-August) . .	306	184891	1,66
Efteraarsmdr. (Sept.-Okt.-Nov.) . .	247	175831	1,40
Vinterhalvaar (Okt.-Marts)	561	370973	1,51
Sommerhalvaar (April-Sept.)	581	378307	1,54

Ogsaa disse Forskelle falder indenfor den tilfældige Variations Omraade, idet ingen af Differenserne naar over 1½ Gange Middelfejlen.

Da imidlertid de fleste andre Undersøgere synes at være kommet til nogenlunde samme Resultat med Stigning af Eklampsihyppigheden i Foraars- og Efteraarsmaanederne, og da der har været tillagt dette Spørgsmaal saa stor Betydning, maa det dog overvejes, hvad disse formentlige Stigninger kan skyldes. Efter de tidligere Undersøgers Resultater maa det anses for unødvendigt at forske efter Vejrligets mulige Indflydelse. En Sammenligning mellem Eklampsikurvens Forløb og de maanedlige Svingninger af meteorologiske Fænomener som Temperatur, Nedbørsmængde og lignende viser ingen Lighed, og den næsten umulige Undersøgelse af Vejrliget paa det Sted og ved den Tid, hvor de forskellige Eklampsier er udbrudt, er der, efter de tidligere nævnte Ræsonnementer, afstaaet fra. Højest usikre Forhold som Forskelligheder i Kosten og lign. kan man sikkert ogsaa se bort fra; derimod er der en anden, eventuel Aarsag, som fortjener nærmere Undersøgelse.

Ser man paa Antallet af Vielser pr. Maaned, falder det straks i Øjnene, at det største Antal Vielser indgaas i Maj og November

(ved Skiftedagene). Størsteparten af de Kvinder, der konciperer ved denne Tid, har ikke født før, 9—10 Maaneder efter vil der altsaa være et Tidspunkt, hvor der kan ventes særlig mange Førstegangsfødende (med deres højere Eklampsihyppighed) blandt de Fødende, og netop paa disse Tidspunkter er Eklampsihyppigheden ogsaa størst, nemlig i Marts (10 Maaneder efter Maj) og i August (9 Maaneder efter November).

De samme Svingninger i Vielseshyppigheden findes ogsaa andetsteds, f. Eks. i Tyskland, Sverige og Norge, og passer med, at Eklampsihyppigheden i disse Lande ogsaa synes at være tilbøjelig til at stige omkring Marts—April og i August—September.

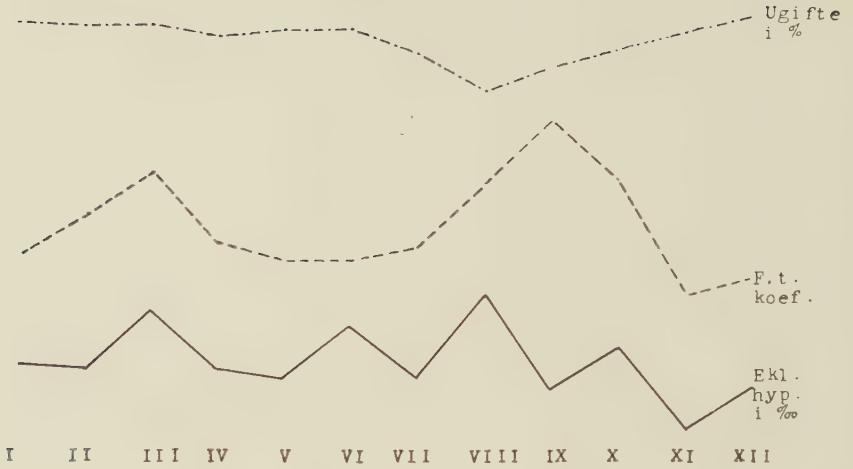
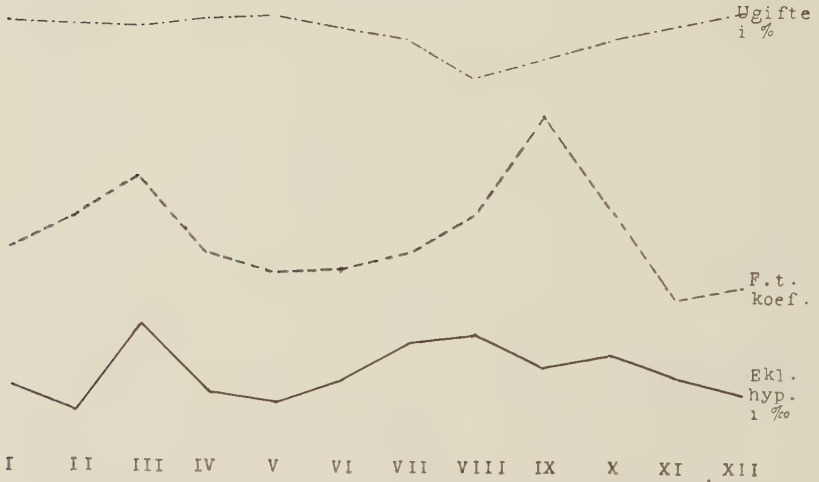
Gennemføres atter Beregningen af Fødselstalskoefficienten: Antal Vielser i den formodede Konceptionsmaanede (10 Maaneder forud) pr. 100 Fødsler i den undersøgte Maaned, faas Værdierne i Tabel 22 og Kurve 5.

Tabel 22.

	Ekl.hyp. i ‰	Forhold: Vielser ¹⁾ / i Ægtesk. f. Børn	F. t. koef.	Børn f. udenfor Ægteskab i ‰
Januar	1,52	18081/56585	32	11,4
Februar	1,51	22762/55075	41	11,3
Marts	1,77	31015/61618	50	11,3
April	1,51	19270/59148	33	11,0
Maj	1,46	17230/59213	29	11,1
Juni	1,69	15994/54723	29	11,1
Juli	1,46	17434/55280	32	10,6
August	1,82	25323/55593	46	9,7
September . . .	1,41	33202/54235	61	10,2
Oktober	1,58	24416/52154	47	10,6
November . . .	1,23	10845/50857	21	10,9
December	1,41	13581/53306	25	11,3

¹⁾ Pr. beregnet Konceptionsmaanede.

Som det ses, er der en vis Overensstemmelse mellem Eklampsihyppighed og Fødselstalskoefficient. Helt dækker de 2 Kurver selvfølgelig ikke hinanden. Her, hvor der er valgt et Interval paa 10 Maaneder, skulde den største Eklampsihyppighed ventes i September og ikke i August, Hvis man havde valgt et Interval paa 9 Maaneder, vilde der være kommet Overensstemmelse her, men til Gengæld vilde man saa vente større Eklampsihyppighed i Februar og ikke i Marts.

Hele Landet.**Landdistrikter.**

Kurve 5 og 6. Eklampsihyppighed, Fødselstalskoefficient og Procentantal ugifte Fødende pr. Kalendermaaned.

De 2 Stigninger i Marts og August kan derfor muligvis forklares alene ved et større Antal Førstegangsfødende i disse Maa-
neder.

Ser man paa Forholdet særskilt for Land- og Bybefolkningen, synes man at faa en yderligere Bestyrkelse. I Landdistrikterne ses af Tabel 23 og Kurve 6, at Eklampsihyppigheden har 2 Stigninger, en stejlere i Marts og en jævner i Efteraarsmaanederne med den højeste Værdi i August, og svarende hertil viser ogsaa Fødselstalskoefficienten to lignende Stigninger i Marts og September.

I København (Hovedstaden) (Tabel 24 og Kurve 7) har Kurverne et noget andet Udseende, men viser stadig indbyrdes Overensstemmelse. Eklampsihyppigheden er størst i Februar—Marts—April og i August og Oktober, svarende hertil er ogsaa Fødselstalskoefficienten størst i Februar—Marts—April og i August—September—Oktober. Den eneste Afvigelse er altsaa den lave Eklampsihyppighed i September.

En Beregningsmaade som denne er selvfølgelig belastet med stor Usikkerhed, idet den hviler paa den Forudsætning, at en større Part af de nygifte Kvinder føder indenfor et ret begrænset Tidsrum, 9—10 Maaneder efter Vielsen, men naar baade herhjemme og andetsteds de fleste Ægteskaber indgaas i Maj og November og den største Eklampsihyppighed findes paa Tidspunkter, der omtrent svarer til Svangerskabstiden herefter, er det naturligt at formode en vis Sammenhæng gennem Antagelsen af en ulige maanedlig Fordeling af de Førstegangsfødende med disses højere Eklampsihyppighed.

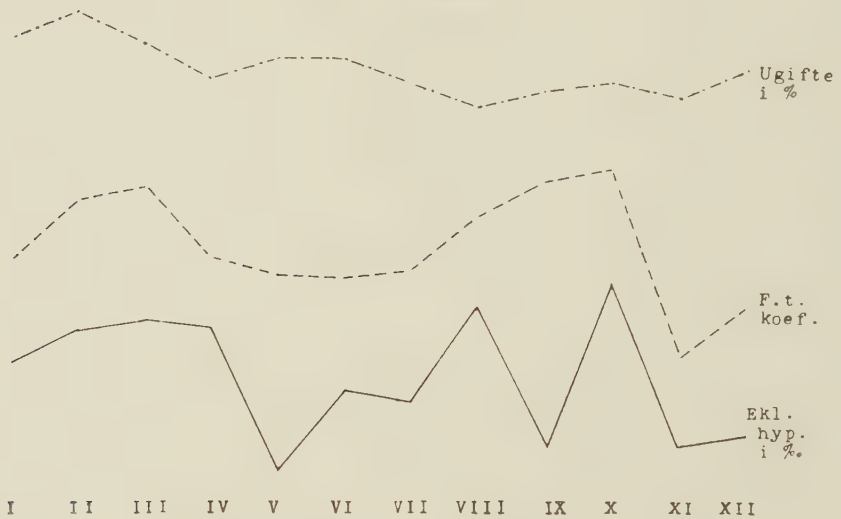
Tabel 23.
Landdistrikter 1918—27.

	Ekl.	Fødte Børn	Ekl.hyp. i ‰	Forhold Vielser Børn f. i Ægtesk.	F. t. koef.
Januar	35	38552	0,91	8947/33547	27
Februar	30	37337	0,80	12055/35440	35
Marts	50	42274	1,18	17013/39041	44
April	35	40465	0,86	9308/37329	25
Maj	33	40477	0,82	7890/37329	21
Juni	34	37129	0,92	7497/34312	22
Juli	40	36971	1,08	8507/34286	25
August	41	37190	1,11	13311/34796	38
September	35	36180	0,97	18769/33720	56
Oktober	36	34795	1,03	11432/32275	35
November	31	33678	0,92	4722/31149	15
December	30	35760	0,84	5916/32963	18

Tabel 24.

Hovedstaden 1918—27.

	Ekl.	Fødte Børn	Ekl.hyp. i ‰	Forh.: Vielser/Børn fødte i Ægteskab	F. t. koef.
Januar	36	11487	3,13	5608/8941	62
Februar	35	10212	3,43	5798/7819	74
Marts	42	12216	3,49	7344/9527	77
April	40	11576	3,46	5874/9197	63
Maj	25	11642	2,15	5531/9174	60
Juni	32	11110	2,88	5082/8736	58
Juli	31	11162	2,78	5385/8894	61
August	40	11087	3,61	6482/8956	72
September	26	10947	2,38	6916/8758	79
Oktober	42	10874	3,86	7265/8659	84
November	26	10750	2,42	3487/8617	40
December	28	11137	2,51	4625/8799	53

Hovedstaden.

Kurve 7. Eklampsihyppighed, Fødselstalskoefficient og Procentantal ugifte Fødende pr. Kalendermaaned.

For at kontrolere Formodningen om Betydningen af de Førstegangsfødendes maanedlige Fordeling har jeg for Aaret 1923 bestemt Fødselstallet for samtlige Fødende i Københavns Kommune, dels ved Hjælp af Stiftelsens Materiale og dels ved Hjælp af Jordemoderprotokollerne (Tabel 25).

Tabel 25.

Københavns Kommune. 1923.

	I paræ	∞ paræ	I paræ i 0/0	F.t.koef. (1918-27)
Januar	392	575	40,5	62
Februar	327	557	38,1	74
Marts	440	638	40,8	77
April	386	565	40,6	63
Maj	409	626	39,5	60
Juni	388	577	40,2	58
Juli	373	581	38,9	61
August	394	541	42,1	72
September	361	512	41,4	79
Oktober	374	538	40,4	84
November	307	504	37,9	40
December	332	523	38,8	53

Som det ses findes der i Hovedtrækkene god Overensstemmelse i Svingningerne i Antallet af Førstegangsfødende og i den beregnede Fødselstalskoefficient i de forskellige Maaneder.

Anvendes disse fundne Procenttal af Førstegangsfødende til en Beregning af det forventede Antal Førstegangsfødende pr. Maaned i Hovedstaden i hele det undersøgte Tidsrum faas Tallene i Tabel 26.

Tabel 26.

Hovedstaden.

	Førstegangsfød. Ekl. (fundet)	Fødende (beregnet)	Ekl.hyp. i 0/00 (beregnet)
Januar	29	4423	6,56
Februar	31	3892	7,97
Marts	28	5082	5,51
April	30	4700	6,39
Maj	20	4552	4,39
Juni	24	4522	5,31
Juli	27	4342	6,22
August	31	4668	6,64
September	21	4412	4,76
Oktober	30	4458	6,85
November	15	4074	3,68
December	24	4321	5,55

En Beregning af Eklampsihyppigheden alene for de Førstegangsfødende paa Grundlag heraf viser dog, at det indbyrdes Forhold mellem Værdierne i de forskellige Maaneder ikke i væsentlig Grad forrykkes, og der findes ialtfald ikke den Udjævning af Kurven, som skulde ventes, hvis Forskydninger i Forholdet mellem Antallet af Første- og Flergangsfødende, var det ene afgørende.

En Opgørelse af de Fødendes Fødselsnummer er ikke tidligere indgaaet i den officielle Fødselsstatistik. Tallene fra en Optælling heraf for 1931 er velvilligst overladt mig af *Statistisk Departement*. De heraf beregnede Procenttal Førstegangsfødende i de forskellige Kalendermaaneder ses af Tabel 27.

Tabel 27.

Procentantal Førstegangsfødte.

	Hoved- staden	Provins- byer	Land- distrikter	Hele Landet
Januar	15,3 (?)	29,3	24,4	23,9
Februar	40,2	32,5	25,3	29,3
Marts	41,9	32,2	24,9	29,2
April	41,3	34,8	26,6	31,2
Maj	41,1	33,8	27,6	31,3
Juni	42,4	32,5	26,6	30,6
Juli	42,9	37,5	27,4	32,7
August	43,7	34,4	28,3	32,3
September	44,1	35,4	28,2	32,5
Oktober	45,8	32,1	26,3	30,7
November	42,5	34,7	25,3	30,6
December	43,4	33,6	27,7	32,0

Disse Tal viser (særlig for Byernes Vedkommende) en saadan Stigning gennem det undersøgte Aar, at man faar Formodning om, at det drejer sig om enten et Afsnit af een frø Aar til Aar fortsat Stigning eller Begyndelsesvanskeligheder ved den nyindførte Registrering (sml. den usandsynligt lave Værdi for Januar i Hovedstaden). Ses bort herfra, kan man maaske nok finde Andtydninger af Svingninger, som de man efter Beregningen af Fødselstalskoefficienten vilde vente (saaledes for Hovedstadens Vedkommende Stigningerne i Marts—April og August til Oktober og for Landdistrikterne den høje Værdi i August og den lave Værdi

i November), men alt i alt er Differenserne saa smaa, at man ikke kan tillægge dem nogen sikker Betydning.

Anvendes disse Procenttal i det foreliggende Materiale faas Værdierne for den saaledes beregnede Eklampsihyppighed blandt Førstegangsfødende i Tabellerne 28—30.

T a b e l 28.

*Hovedstaden.**Førstegangsfødte. 1918—27.*

	m. ekl. Mødre (fundet)	Førstegangsfødte ialt (beregnet)	Ekl.hyp. i ‰ (beregnet)
Januar	29	1757	16,51
Februar	31	4105	7,55
Marts	28	5119	5,47
April	30	4781	6,27
Maj	20	4785	4,18
Juni	24	4711	5,09
Juli	27	4789	5,64
August	31	4845	6,40
September	21	4828	4,35
Oktober	30	4980	6,02
November ...	15	4569	3,28
December	24	4834	4,96

T a b e l 29.

*Landdistrikterne.**Førstegangsfødte. 1918—27.*

	m. ekl. Mødre (fundet)	Førstegangsfødte ialt (beregnet)	Ekl.hyp. i ‰ (beregnet)
Januar	24	9407	2,55
Februar	17	9446	1,80
Marts	33	10526	3,14
April	23	10764	2,14
Maj	18	11172	1,61
Juni	23	9876	2,33
Juli	22	10130	2,17
August	21	10525	2,00
September	19	10203	1,86
Oktober	22	9151	2,40
November	11	8521	1,29
December	23	9906	2,32

Tabel 30.

*Hele Landet.**Førstegangsfødte, 1918—27.*

	m. ekl. Mødre (fundet)	Førstegangsfødte ialt (beregnet)	Ekl.hyp. i ‰ (beregnet)
Januar	61	15265	4,00
Februar	65	18186	3,57
Marts	74	20291	3,65
April	68	20728	3,28
Maj	55	20837	2,64
Juni	68	18826	3,61
Juli	60	20212	2,97
August ..	72	19883	3,62
September	54	19632	2,75
Oktober	60	19718	3,04
November	36	17461	2,06
December	55	19238	2,86

Det ses da, at Svingningerne i de Førstegangsfødendes Eklampsihyppighed i alt væsentligt er de samme som for samtlige Eklampitikere. Hvis Tallene for de Fødendes Fødselstal i 1931 er rigtige, hvilket man maa formode, og hvis Forholdene ikke har ændret sig væsentligt i de forløbne Aar, hvilket ikke er sandsynligt, maa man altsaa antage, at de Svingninger i den totale Eklampsihyppighed pr. Kalendermaaned, som er fundne, men som ganske vist ikke er statistisk sikre, ikke alene kan skyldes Forskydninger i Forholdet mellem de Første- og de Flergangsfødendes Antal selv om dette maa formodes at kunne influere derpaa. Før den endelige Afgørelse træffes, er det dog nødvendigt at kunne foretage en direkte Sammenligning med Tal fra samme Periode og Omraade, og man maa da ialtfald huske paa Muligheden af, at et forskelligt Antal Førstegangsfødende i de forskellige Maaneder kan paavirke Eklampsihyppigheden.

Eklampsihyppighed i Land- og Bybefolkningen.

Den allerede længe kendte Formodning, at Eklampsien er hyppigere blandt By- end blandt Landbefolkningen, er som nævnt blevet bekræftet af *Hammerschlag* (69) i den tidligere omtalte Landsstatistik fra Østpreussen. Han finder, at i Byerne er Eklampsihyppigheden 1 : 286 (3,5 ‰), og paa Landet 1 : 1800 (0,6 ‰). Denne Differense maa dog vistnok antages at være noget for stor, idet han som tidligere nævnt maa formodes ikke at have faaet alle Eklampsitilfælde, særlig fra Landdistrikterne, med.

Küstner (99) finder tilsvarende for Sachsen, at Eklampsihyppigheden er 1 : 380 (2,65 ‰) i Storbyerne og 1 : 580 (1,83 ‰) i Landdistrikterne.

Den samme Forskel i Eklampsihyppigheden i de to Befolkningsgrupper gaar igen i vor Statistik, idet, som det ses af Tabel 31, Eklampsihyppigheden er mere end dobbelt saa stor i By- som i Landbefolkningen.

T a b e l 31.

	P.	S.	St.	ialt	Fødsler ialt	Ekl.hyp.i ‰
Land	80	369	—	449	443319	1,01
By	28	241	428	697	294382	2,37

Deles Bybefolkningen i Hovedstaden og Provinsbyerne, ses at Eklampsihyppigheden er ca. 3 Gange saa stor i Hovedstaden som i Landdistrikterne. Omtrent midt imellem ligger Provinsbyerne (Tabel 32).

T a b e l 32.

	Ekl.	Fødsler	Ekl.hyp. i ‰	Diff.	Mdf.
Landdistrikter ..	449	443319	1,01	$\begin{matrix} > 0,77 \\ > 1,29 \end{matrix}$	0,12 (ca. $6 \times \mu$)
Provinsbyer	287	160901	1,78		
Hovedstaden	410	133481	3,07		

Der er i disse Beregninger den Fejlkilde, at alle Fødselsstiftelsernes Patienter er henregnet til Bybefolkningen. En Del af

dem er imidlertid sandsynligvis hjemmehørende i Landdistrikterne. Statistisk Departement har imidlertid i 1916—17 undersøgt Hjemstavnskommune for Fødselsstiftelsens Fødende og kom herved til det Resultat, at ca. 6 % var fra Landdistrikterne.

Omposteres dette Antal ses ingen væsentlig Forandring i Forholdet (Tabel 33).

Tabel 33.

<i>Ved Fordeling efter Statistisk Departement.</i>		Fødsler	Ekl.hyp.
	Ekl.	ialt	i ‰
Land	472	443319	1,06
By	674	294382	2,29

Tabel 34.

<i>Med Fradrag af København.</i>			
Land	449	443319	1,01
By	289	160901	1,80

Tabel 35.

<i>Alene for Fyn.</i>			
Land	60	40515	1,48
By	59	19682	3,00

Tabel 36.

<i>Jylland ÷ Aarhus, Skanderborg, Vejle og Aalborg Amt.</i>			
Land	192	159212	1,21
By	65	38409	1,69

Hvis man endvidere fradrager København ses omtrent samme Forskel (Tabel 34). Tages Fyn alene, hvorfra sandsynligvis kun et forsvindende ringe Antal Fødende gaar til Fødselsstiftelserne i København og Aarhus, ses stadig samme Forskel (Tabel 35).

Til Slut er foretaget en Beregning af Eklampsihyppigheden i de Dele af Jylland, hvorfra de ugifte Fødende antagelig ikke gaar til Fødselsanstalten i Aarhus. Hvilke Amter det drejer sig om, kan nemlig ses af Antallet af ugifte Fødende i de jyske Amter før og efter Fødselsanstaltens Aabning i 1910. Fradrages disse Amter ses (Tabel 36), at Eklampsihyppigheden i den øvrige Del af Jylland er 1,21 ‰ for Landbefolkningen og 1,69 ‰ for Bybefolkningen. Der findes altsaa stadig en større Eklampsi-

hyppighed i Byerne, om end mindre udtalt end i den øvrige Del af Landet, men i disse Egne er ogsaa Byerne mindre, og Forskellighederne mellem By- og Landbefolkningen antagelig ogsaa mindre udtalt.

Der er derfor næppe Tvivl om, at der virkelig findes en saadan Forskel. Aarsagen hertil har man tidligere ment at kunne henføre til et formentlig forskelligt Levevis, men det er i al Fald her i Landet tvivlsomt, om der virkelig findes saadanne Forskelle, naar man tænker paa, hvilke omgribende Forandringer der i Tyskland skulde til for at frembringe et Fald i Eklampsihyppigheden, der ikke er større end Forskellen her.

Der findes imidlertid et Forhold, man snarere maa tænke paa, end paa Betydningen af Kost, Beskæftigelsesgrad o. lign.

Det er en kendt Sag, at Frugtbarheden er betydelig mindre i Byerne end paa Landet.

I 1921—25 var saaledes det aarlige Antal Fødsler pr. 100 Kvinder mellem 16—49 Aar: i Hovedstaden 10,3, i Provinsbyerne 14,2 og i Landdistrikterne 17,5, trods en større Giftermaalshyppighed i Byerne. I samme Tidsrum var saaledes det aarlige Antal Ægteskaber pr. 10,000 Indbyggere: i Hovedstaden 100, i Provinsbyerne 83 og i Landdistrikterne 69.

Undersøges yderligere Frugtbarheden indenfor de forskellige Aldersklasser ses, at denne aftager betydeligt stærkere med stigende Alder i By- end i Landbefolkningen. Man maa derfor formode, at der findes et relativt større Antal Førstegangsfødende og dermed Yngre blandt de Fødende i Bybefolkningen og kan herved faa ialtfald en delvis Forklaring paa disses større Eklampsihyppighed.

Dette bekræftes ved Beregning af Fødselstalskoefficienten; som det ses af Tabel 37 er denne omtrent dobbelt saa stor i By- som i Landbefolkningen. Hertil kommer saa yderligere, at der procentvis er omtrent dobbelt saa mange ugifte Fødende i Byerne som paa Landet.

Tabel 37.

	Ekl.hyp. f. Gifte i ‰	Vielser/gifte Fødende	F. t. koef.	Ugifte Føden- de i ‰
Land	0,94	122753/410169	30	7,7
By	2,05	126390/247098	51	13,1

I Tabel 38 er opgjort Antallet af første- og flergangsfødende Eklamptikere i de 3 Befolkningsgrupper.

T a b e l 38.

	Førstegangsfødende		Flergangsfødende
	ialt	i ‰	
Hovedstaden	317	77,3	93
Provinsbyerne	193	71,2	78
Landdistrikterne	263	60,3	173

De tilsvarende Tal for samtlige de Fødende har hidtil ikke foreligget. Ved en Optælling blandt samtlige Fødende i Københavns Kommune i 1923 fandt jeg imidlertid, at ca. 40 % af disse var Førstegangsfødende. Lægges dette Tal til Grund for Fordeelingen blandt samtlige Fødende i Hovedstaden faas Tallene i Tabel 39.

T a b e l 39.

Hovedstaden.

	Ek1. (fundet)	Fødende (beregnet)	Ek1.hyp. i ‰ (beregnet)
I grav.	317	53392	5,94
∞ grav.	93	80089	1,16

Hvis man antager, at Eklampsihyppighedens Forskelligheder i de tre Befolkningsgrupper alene skyldes Forskel i Forholdet mellem Antallet af Første- og Flergangsfødende, maa Eklampsihyppigheden være ens for Førstegangsfødende alle tre Steder. Lægges den beregnede Eklampsihyppighed for Førstegangsfødende i Hovedstaden til Grund, maa til de fundne 193 førstegangsfødende Eklamptikere i Provinsbyerne svare 32500 Førstegangsfødende ialt, og til Landdistrikternes 263 førstegangsfødende Eklamptikere svare 44300 Førstegangsfødende. Disse beregnede Tal for Førstegangsfødende, henholdsvis 20 og 10 % af samtlige Fødende, er imidlertid utvivlsomt for smaa; hvis denne Beregning holder Stik, nødes man altsaa til at antage, at Eklampsihyppigheden, uafhængigt af den Indflydelse et større Antal Førstegangsfødende i Byerne kan have, dog er større i Byerne end paa Landet. Dette bestyrkes af en Opgørelse af de Giftes og de

Ugiftes Eklampsihyppighed i de 3 Befolkningsgrupper (Tabel 40). Forskellen er her omtrent lige stor, skønt man maa vente, at Forskellen mellem Antallet af Første- og Flergangsfødende i Byerne og paa Landet ikke er saa udpræget blandt de Ugifte, der overvejende er Førstegangsfødende.

Tabel 40.

Gift	Ekl.	Fødende	Ekl.hyp. i ‰
Hovedstaden	283	105671	2,68
Provinsbyerne	224	141427	1,58
Landdistrikterne	385	410169	0,94
Ugifte			
Hovedstaden	127	27810	4,57
Provinsbyerne	63	19474	3,24
Landdistrikterne	64	33160	1,93

Som Kontrol kan ogsaa her benyttes det mig af *Statistisk Departement* overladte Talmateriale for 1931. Der fandtes her i Hovedstaden 40,3 %, i Provinsbyerne 33,5 % (tilsammen i Byerne 36,5 %) og i Landdistrikterne 26,5 % Førstegangsfødte blandt samtlige Fødte. Disse Tal passer med de tidligere formodede, men anvendes de til at beregne det forventede Antal Førstegangsfødende i vort Materiale, ses af Tabel 41, at Forskellene nok formindskes noget, men at der dog holder sig en betydelig Forskel, saaledes at man yderligere bestyrkes i den Antagelse, at der i Bybefolkningen virkelig findes en større Eklampsihyppighed, der ikke kan forklares alene ved en Forskel i Antallet af Førstegangsfødende.

Tabel 41.

Førstegangsfødende.

	Ekl. (fundet)	Førstegangsfød. ialt (beregnet)	Ekl.hyp. i ‰ (beregnet)
Hovedstaden	317	53793	5,89
Provinsbyerne	193	53902	3,58
Landdistrikterne	263	117480	2,24

Aarsagen til denne Forskel kan det foreliggende Materiale ikke give Oplysninger om. Lignende Iagttagelser over den hyppigere Forekomst i Byerne af Nyrelidelser kan maaske tyde paa, at det er paa Grund heraf eller paa Grund af konstitutionelle Forskelligheder, at Forskellen i Eklampsihyppighed fremkommer.

Eklampsihyppigheden pr. Amt.

Siden *Harigs* (72) tidligere citerede Undersøgelse fra Württemberg, har det været den almindelige Opfattelse, at Eklampsihyppigheden kunde vise store regionære Variationer.

Som nævnt kan denne Statistik ikke anses for at være paa-lidelig, og de øvrige Landsstatistikere's Tal giver ingen Hold-punkter for en saadan Antagelse.

I *Büttners* Statistik (25—26) varierer Tallene fra de forskel-lige Landsdele temmelig meget, saaledes i 1892—99 fra 1 : 294 til 1 : 1035. Aarsagen hertil kan ikke ses af hans Arbejde. Dog kan man se af Materialet, at den største Eklampsihyppighed fin-des i de 2 Distrikter, hvor de 2 større Byer er beliggende (Rostock og Schwerin), hvilket jo svarer til vore tidligere Erfaringer.

Hammerschlags Materiale (69) synes at vise det samme; kun i det Afsnit af Østpreussen, hvor Königsberg er beliggende, findes en højere Værdi. De øvrige Dele af Landet uden større Byer har omtrent samme Tal.

Undersøges Eklampsihyppighedens Variationer i de forskel-lige Dele af Danmark, hvilket naturligt bliver i de forskellige Amter, støder man straks paa den Vanskelighed, at Tallene ved den stærke Deling bliver noget smaa; der findes dog en vis Regel-mæssighed i Fordelingen, der lettest ses af Kortet (Side 57).

Af praktiske Grunde er nogle Amter sammendragne. Saaledes er Aabenraa og Sønderborg Amter slaaet sammen, idet, som det kan ses af Skemaerne, de fleste af Eklamptikerne i Aabenraa Amt gaar til de 2 Hospitaler i Sønderborg (Statshospitalet og Amtssygehuset). Endelig er Aarhus og Skanderborg Amt, samt Byen København, Københavns og Frederiksborg Amter slaaet sammen, idet Patienterne fra disse fortrinsvis gaar til Hospitaler og Stiftelser i henholdsvis Aarhus og København.

Som det ses af Tabel 35, er det ikke store Svingninger der forekommer. Lavest staar de vestjydske Amter og Lolland-Falster. Dette tyder ikke særlig paa, at Velstanden som saadan spiller nogen Rolle, idet Vestjylland maa antages at høre til de fattigere og Lolland-Falster derimod til de mere velhavende Egne af Landet.



Eklampsihyppighed pr. Amt.



0,5 - 1,00 ‰



1,5 - 2,0 ‰



1,0 - 1,5 ‰



over 2,0 ‰

Fig. 1.

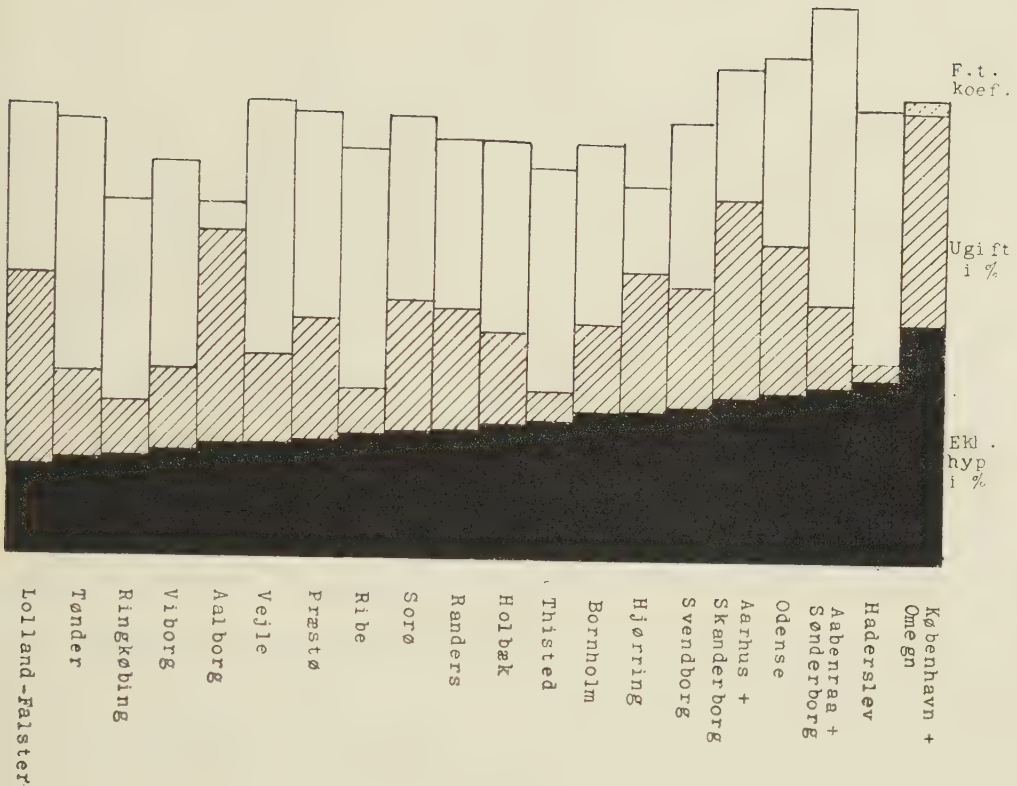
At de højeste Værdier findes omkring de største Byer: Københav, Aarhus og Odense kan ikke forbavse, idet, som det tidligere er vist, Eklampsihyppigheden er saa meget større i Byerne end paa Landet.

Denne Forskel blev delvis henført til Forskel i Fordelingen mellem Første- og Flergangsfødende.

T a b e l 4 2.

Amt	Ekl.	Fødte ¹⁾ Børn	Ekl.hyp. i ‰	Børn fødte i Byer i ‰	F. t. koef.	Børn f. udenf. Ægtesk. i ‰
Aabenraa	3	6575	0,46	21	40	8,7
Aalborg	53	45607	1,16	31	26	11,9
Aarhus	79	34045	2,32	—	—	—
Bornholm	16	10103	1,58	39	31	8,0
Frederiksborg	32	22236	1,44	24	36	8,3
Haderslev	19	9663	1,97	21	34	6,5
Hjørring	64	40238	1,59	18	28	10,2
Holbæk	38	26736	1,42	16	31	7,5
Københavns Amt . .	50	47184	1,06	16	22	8,1
København (Hoved- staden)	410	115200	3,56	—	36	21,7
Lolland-Falster . . .	29	31422	0,92	29	33	9,7
Odense	74	41156	1,80	34	38	11,6
Præstø	32	25814	1,24	19	33	8,2
Randers	48	35547	1,35	25	31	8,6
Ribe	44	33963	1,29	24	30	4,9
Ringkøbing	41	39603	1,04	19	26	4,3
Sorø	33	24943	1,32	30	33	8,7
Skanderborg	23	24403	0,94	—	—	—
Svendborg	53	32605	1,63	25	33	9,8
Sønderborg	19	6164	3,40	27	44	9,3
Thisted	30	20366	1,47	19	29	4,1
Tønder	7	7056	0,99	22	32	5,5
Vejle	52	35852	1,17	34	34	6,4
Viborg	37	35023	1,09	13	29	5,7
Aabenraa + Sønder- borg	24	12744	1,88	25	42	9,0
Aarhus + Skander- borg	102	58448	1,75	51	37	13,5
Kbhvn. By + Amt + Frederiksborg . . .	484	184620	2,62	78	34	18,0

¹⁾ Fra Sundhedsstyrelsens Aarsberetning.



Kurve 8.

For at faa et Skøn over hvordan denne er i de forskellige Amter, er der foretaget en Opgørelse af 1) Procentantallet Byfødsler, 2) Fødselstalskoefficienten og 3) Procenttal Børn født udenfor Ægteskab pr. Amt (Tabel 42 og Kurve 8).

Det fremgaar heraf ved Sammenligning af Kurverne, at der synes at være en vis Overensstemmelse.

Bedst synes Overensstemmelsen at være mellem Eklampsihyppigheden og Procent-Antallet udenfor Ægteskab fødte Børn, og det er da muligt, at det er de ret store Forskelligheder i denne Faktor, der er de afgørende.

Eklampsihyppigheden blandt Gifte og Ugifte.

Hammerschlag (69) har som den første gjort opmærksom paa, at de ugifte Fødende har større Eklampsihyppighed end de gifte, idet han finder, at 10 % af samtlige Fødende er ugifte, medens 25 % af Eklamptikerne er ugifte. Han søger dog ikke at finde nogen Forklaring herpaa.

Akkurat samme Forskel ses her i Landet (Tabel 43). 10,9 % af samtlige Fødende i de 10 Aar er ugifte, medens 21,3 % af Eklamptikerne er ugifte.

Udregnes Eklampsihyppigheden faaes tilsvarende, at denne er 1,53 ‰ for Gifte og 3,38 ‰ for Ugifte.

T a b e l 43.

	Ekl.		Fødende		Ekl.hyp. i ‰
	ialt	i ‰	ialt	i ‰	
Gifte	1006		657267		1,53
Ugifte . . .	272	21,3	80444	10,9	3,38

Differensen mellem de 2 Grupperes Eklampsihyppighed er 1,85 %, Middelfejlen paa denne er 0,18. Forskellen er altsaa ca. 10 Gange Middelfejlen paa denne.

Denne Forskel kan skyldes Forskel i Fordelingen af Første- og Flergangsfødende. Blandt de gifte Eklamptikere findes saaledes 61,5 %, blandt de ugifte 93,6 % Førstegangsfødende (Tabel 44).

T a b e l 44.

	I grav.		∞ grav
	ialt	i ‰	
Gifte	584	61,5	366
Ugifte	248	93,6	17

Af Eklamptikernes og de Fødendes Alder ses ogsaa, at de Ugifte gennemgaaende er langt yngre (Tabel 45), hvad der sikkert hænger sammen med, at de Ugifte fortrinsvis er Førstegangsfødende.

Tabel 45.

	Ekl.		Fødende ialt		Ekl.hyp. i ‰
	Under 25 Aar ialt	i ‰	Under 25 Aar ialt	i ‰	Under 25 Aar
Gifte	289	29,4	158370	24,3	1,82
Ugifte	201	74,2	45012	63,8	4,47
	Over 25 Aar		Over 25 Aar		Over 25 Aar
	ialt	i ‰	ialt	i ‰	
Gifte	694	70,6	492881	75,7	1,41
Ugifte	70	25,8	25491	36,2	2,75

Som Kontrol af denne Formodning har jeg ved Hjælp af Fødselsstiftelsens og Jordemoderprotokollernes Materiale bestemt Antallet af Første- og Flergangsfødende blandt samtlige Fødende i Københavns Kommune for Aaret 1923. (Tabel 46).

Tabel 46.

	I grav.		∞ grav.	Ekl.hyp. i ‰ for hele Landet
	ialt	i ‰		
Gifte	2815	31,5	6118	1,53
Ugifte	1712	71,1	695	3,38

Anvendes disse Tal til at beregne Antallet af Første- og Flergangsfødende i hele Hovedstaden i Aarene 1918—27 og disses Eklampsihyppighed faas følgende Værdier. (Tabel 47).

Tabel 47.

Hovedstaden.

Førstegangsfødende			Flergangsfødende		
Ekl. (fundet)	Fødende (beregnet)	Ekl.hyp. i ‰ (be- regnet)	Ekl. (fundet)	Fødende (beregnet)	Ekl.hyp. i ‰ (be- regnet)
Gifte . . . 199	33286	5,98	81	72385	1,12
Ugifte . . 115	19773	5,82	13	8037	1,62

Det ses da, at denne Adskillelse ophæver Forskellen i de Giftes og de Ugiftes Eklampsihyppighed.

I Tabel 48 er Procentantallet af Førstegangsfødte i de 3 Befolkningsgrupper beregnede efter *Statistisk Departements* Optælling for 1931.

Tabel 48.

Procentantal Førstegangsfødte.

	1931	
	Gifte	Ugifte
Hovedstaden	34,5	63,2
Provinsbyer	28,7	67,2
Landdistrikter	22,8	73,3
Hele Landet	25,9	68,4

Anvendes disse Procenttal til at beregne det forventede Antal Førstegangsfødte i vort Materiale, faas Tallene i Tabel 49.

Tabel 49.

Førstegangsfødende.

		Gifte			Ugifte			
	Ekl. (fun- det)	ialt (bereg- net)	Ekl.hyp. i 0/00 (be- regnet)	Ekl. (fun- det)	ialt (bereg- net)	Ekl.hyp. i 0/00 (be- regnet)	Diff.	Mdf.
Hovedstaden ..	199	36457	5,46	115	17576	6,54	1,08	0,93
Provinsbyer ..	138	40590	3,40	55	13087	4,20	0,80	0,64
Landdistrikter .	200	93519	2,14	63	24306	2,59	0,45	0,36
Ukendt Hjem- sted	47			15				
Hele Landet ..	584	170566	3,42	248	54969	4,51	1,09	0,32

Ogsaa ved denne Beregningsmaaede formindskes Forskellen mellem de Giftes og de Ugiftes Eklampsihyppighed. Taget under eet for hele Landet synes de Ugifte dog at have sikkert større Eklampsihyppighed end de Gifte, men der maa dog hertil bemærkes, at det relative Antal af Førstegangsfødende blandt de Gifte sikkert er større i 1931 end i Perioden 1918—27, hvorfor den virkelige Eklampsihyppighed for disse i dette Ti-aar yderligere nærmer sig de Ugiftes. Endelig maa den tidligere iagttagne større Eklampsihyppighed i Byerne særlig paavirke de Ugiftes Eklampsihyppighed, da disse er talrigere her. Indenfor hver enkelt af de 3 Befolkningsgrupper findes ingen væsentlig Forskel i Eklampsihyppigheden blandt Gifte og Ugifte.

Den først fundne Forskel maa derfor antages at være fremkommet ved forskellig Sammensætning af de 2 Befolkningsgrupper og behøver saaledes ikke at skyldes, at de ugifte Fødende lever under daarligere Forhold, overvaages mindre godt el. lign., som det tidligere har været antaget.

Eklampsihyppighed og Alder.

Eklampsihyppighedens Vekslen i de forskellige Aldersklasser kan kun bestemmes, naar man kender de normale Fødendes Alder. En saadan Bestemmelse af den relative Eklampsihyppighed efter Alder er ikke tidligere foretaget.

Hammerschlag (69) har søgt at faa et Indtryk af den relative Eklampsihyppigheds Variationer efter Alderen ved Sammenligning af Kurven for det absolutte Antal af Eklamptikere fra hele Øst-preussen og Kurven for de normale Fødende paa Fødselsstiftelsen i Königsberg. Han deler begge Materialer i Første- og Flergangs-fødende og finder god Overensstemmelse mellem de 2 Sæt Kurver, idet han dog mener, at de ældre Førstegangsfødende er noget mere disponerede til Eklampsi end de yngre.

Hvordan han kommer til dette Skøn er dog vanskeligt at se. Saavidt man kan se af Kurverne er Fordelingen nemlig følgende. (Tabel 50).

Tabel 50.

I grav.	under 20	under 25	under 30	under 35 Aar
Ekl.	31 %	80 %	94 %	98 %
Fødende	20 %	70 %	92 %	96 %

hvoraf dog fremgaar, at Eklampsihyppigheden netop synes større i de unge Aar.

Det er dog klart, at en Sammenligning mellem to saa forskellige Materialer som Eklamptikere fra et helt Landomraade og Fødende fra en enkelt Hospitalsafdeling kun kan vurderes med stor Forsigtighed.

Ogsaa rene Hospitalsstatistikere er meget usikre. Forholdet vil jo næsten altid være det, at et stort Antal af Eklampsierne i alle Aldersklasser opstaar udenfor Hospitalet og at Patienterne netop indlægges paa Grund af denne Lidelse, en Sammenligning mellem disse og det ellers eensidige Hospitalsmateriale af normale, overvejende unge Fødende maa derfor give forkerte Resultater.

Naar saaledes *Hinselmann* (79) finder følgende Eklampsihyppigheder paa Klinikken i Bonn i Aarene 1897—1921 (Tabel 51),

saa kan den højere Eklampsihyppighed hos de ældre skyldes, at Eklamptikerne indlægges i alle Aldre, medens af de Fødende fortrinsvis de unge (og ugifte) indlægges.

Tabel 51.

	Ekl.	Fødster ialt	Ekl.hyp. i ‰
Under 27 Aar	133	10134	13
Over 27 Aar	28	1547	18

Fordelingen i vort Materiale ses af Tabel 52. Det ses, at det absolutte Antal af Eklamptikere ligesom Antallet af Fødende stiger indtil det 25. Aar for derefter at falde jævnt.

Gennemsnitsalderen for Eklamptikerne er 27,29 Aar, for samtlige Fødende i samme Tidsrum 28,72. Eklamptikerne er altsaa gennemgaaende yngre end Hovedmassen af de Fødende, men disse Tal giver iøvrigt ikke mange Oplysninger.

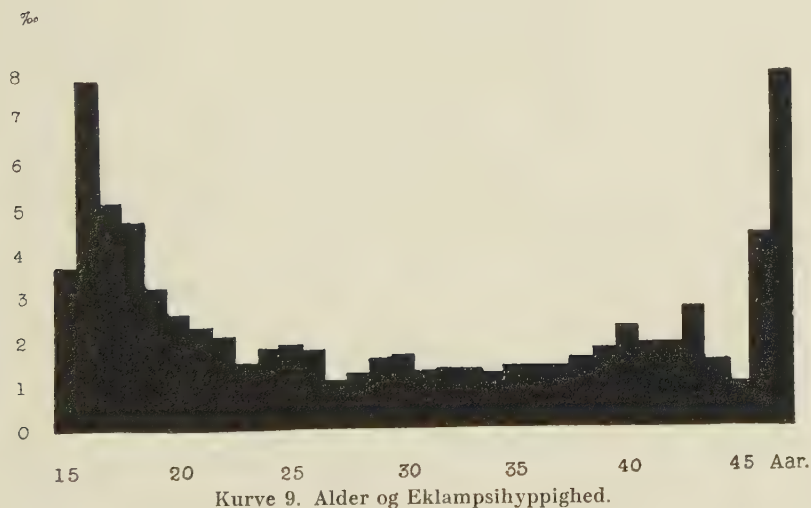
Beregnes Eklampsihyppigheden i eet-aarige Aldersklasser faas Tallene paa Tabel 52 og Kurve 9, og det ses da, at den relative Eklampsihyppighed er størst hos de yngste og hos de ældste Patienter. Som det ses af Tabellen, skyldes dette ikke Tilfældigheder paa Grund af for smaa Tal, idet Overgangen til de midterste Aldersklassers lavere Eklampsihyppighed er ganske jævn gennem Aldersklasser, hvor Antallet af Patienter er stort.

Yderligere ses af Middelfejlsberegningen til Tabel 54, at Variationerne ikke er tilfældige.

Tabel 52.

Alder	Ekl.	Fødende ialt	Ekl.hyp. i ‰
15 Aar	1	278	3,60
16 »	12	1538	7,80
17 »	26	5133	5,07
18 »	51	10980	4,64
19 »	58	18637	3,11
20 »	64	25325	2,53
21 »	71	31355	2,26
22 »	74	36697	2,02
23 »	58	40671	1,43
24 »	76	42867	1,77
25 »	82	44232	1,85

Alder	Ekl.	Fødende ialt	Ekl.hyp. i ‰
26 Aar	75	43813	1,71
27 »	47	42577	1,10
28 »	51	41188	1,24
29 »	61	39986	1,53
30 »	59	37462	1,57
31 »	43	33986	1,27
32 »	41	31805	1,29
33 »	37	29248	1,27
34 »	33	27417	1,20
35 »	34	24749	1,37
36 »	30	22578	1,33
37 »	27	20723	1,30
38 »	28	18369	1,52
39 »	28	15923	1,76
40 »	29	13184	2,20
41 »	19	10466	1,81
42 »	15	8100	1,85
43 »	15	5666	2,65
44 »	5	3437	1,45
45 »	2	2013	0,99
46 »	4	932	4,29
47 »	3	379	7,92



Sammendrages Patienterne i 5-aarige Aldersklasser (Tabel 53), ses som venteligt, at Stiftelsernes Patienter gennemgaaende er yngre end de praktiserende Lægers og Sygehusenes.

Tabel 53.

Alder	P.		S.		St.		Ialt	
	ialt	i ‰	ialt	i ‰	ialt	i ‰	ialt	i ‰
15—19	5	5,2	71	9,6	72	16,9	148	11,8
20—24	25	26,3	179	24,4	139	32,6	343	27,2
25—29	30	31,6	194	26,3	92	21,5	316	25,1
30—34	17	17,9	125	17,0	71	16,6	213	16,9
35—39	13	13,7	102	13,8	32	7,5	147	11,7
40—44	4	4,2	59	8,0	20	4,7	83	6,6
45—47	1	1,1	7	0,9	1	0,2	9	0,7

At Eklampsihyppigheden er saa stor i de unge Aar er let at forstaa, da der her saa godt som udelukkende findes Førstegangsfødende. Aarsagen til Stigningen i de ældre Aar er derimod mere uklar.

Beregnes Fødselstalskoefficienten i de forskellige Aldersklasser (Tabel 54), findes denne som ventelig højest i de unge Aar sva- rende til den høje Eklampsihyppighed. Fødselstalskoefficienten falder derefter jævnt ligesom Eklampsihyppigheden og kun hos de allerældste ses en Stigning.

Man kan imidlertid af denne Stigning ikke slutte sig til et større Antal Førstegangsfødende i disse Aldersklasser. Et stort Antal af de i denne Alder viede har nemlig været gift før og kan derfor have født tidligere. Beregnes Fødselstalskoefficienten alene med de første Gang viede Kvinder (gifte Piger) ses af Tabel 55, at denne kun viser Stigning i Alderen 45—49 Aar, hvor Klimakteriet indtræder for Størsteparten af Kvinderne, og disse derved er afskaaret fra at faa Børn.

Tabel 54.

Alder	Ekl.	Fødsler	Ekl.hyp. i ‰	Forh.: Vielser/ gifte Fødende	F. t. koef.	Ugifte i ‰	Igr. i ‰
15—19 ..	148	36566	4,05	24320/16350	149	55,2	99,3
20—24 ..	343	176915	1,94	115282/142020	81	14,9	91,7
25—29 ..	316	211796	1,50	67619/197374	34	6,8	72,0
30—34 ..	213	159918	1,33	22537/153624	15	3,9	51,0
35—39 ..	147	102342	1,44	9676/98814	10	3,4	29,0
40—44 ..	83	40853	2,03	4778/39633	12	3,1	17,8
45—49 ..	9	3324	2,71	2623/3436	76	2,4	22,2

Forskellen mellem Eklampsihyppigheden i Aldersklasserne 15—19 Aar og 40—44 Aar er 2,02 ‰ med en Middelfejl paa 0,4 og altsaa ca. 5 Gange saa stor som Middelfejlen paa Differensen.

T a b e l 55.
Hele Landet 1921—25.

Alder	Vielser (g. Piger)/gifte Fødende	F. t. koef.
15—19	13307/8683	153
20—24	60687/73049	83
25—29	34205/101310	34
30—34	10064/76779	13
35—39	3661/50328	7
40—44	1475/19998	7
45—49	727/1748	42

Procenttallet ugifte Fødende, der ogsaa influerer paa det samlede Antal Førstegangsfødende, er, som det ses af Tabel 54, stærkt faldende med Alderen.

Der er altsaa Grund til at förmode, at den større Eklampsihyppighed hos de Yngre skyldes et relativt større Antal Førstegangsfødende med disses højere Eklampsihyppighed.

Tilbage bliver Spørgsmaalet om de Ældres større Eklampsihyppighed.

For at faa sikrere Oplysninger har jeg for 1923 opgjort Antallet af Første- og Flergangsfødende i de forskellige Aldersklasser i København.

Som det ses af Tabel 56, er Antallet af Førstegangsfødende jævnt aftagende med Alderen, og der findes ingen Stigning i disses Antal i de ældre Aar, der kan forklare den stigende Eklampsihyppighed.

T a b e l 56.

Alder	I grav.	∞ grav.	I grav. i ‰
15—19	834	104	88,9
20—24	2012	1430	58,5
25—29	1115	2061	35,1
30—34	372	1681	18,1
35—39	123	1040	10,6
40—44	17	382	4,3
45—49	1	31	3,1
			5*

I Tabel 57 er paa Grundlag af disse Tal beregnet, hvor stor Eklampsihyppigheden var i Aaret 1923 i Alderen under og over 25 Aar for Første- og Flergangsfødende.

Det ses da, at Eklampsihyppigheden stiger med Alderen for begge Grupper.

Tabel 57.
Københavns Kommune 1923.

	Førstegangsfødende			Flergangsfødende		
	Ekl.	Fødende	Ekl.hyp. i ‰	Ekl.	Fødende	Ekl.hyp. i ‰
Under 25 Aar ..	20	2846	7,03	2	1534	1,30
Over 25 Aar	16	1628	9,83	12	5195	2,31

Anvendes atter de i Tabel 56 fundne Tal til en Beregning af Fordelingen i hele Hovedstaden i Aarene 1918—27 faas følgende Værdier for Eklampsihyppigheden (Tabel 58).

Tabel 58.
Hovedstaden 1918—27.

Alder	Førstegangsfødende			Flergangsfødende		
	Ekl. (fundet)	Fødende (bereg.)	Ekl.hyp. i ‰ (bereg.)	Ekl. (fundet)	Fødende (bereg.)	Ekl.hyp. i ‰ (bereg.)
15—19 ..	65	8486	7,68	1	1060	(0,94)
20—24 ..	114	25896	4,02	8	22407	0,36
25—29 ..	72	13608	5,29	18	25162	0,72
30—34 ..	43	4773	9,01	23	13608	1,69
35—39 ..	18	1527	11,79	23	12875	1,79
40—44 ..	2	214	(9,35)	16	4754	3,37
45—49 ..	1	11	—	2	357	(5,70)

I det mig af *Statistisk Departement* overladte Materiale fra en Optælling for Aaret 1931 findes en Opgørelse af de Fødte efter Moderens Alder og Fødselstal. Beregnet efter disse Tal vilde Aldersfordelingen blandt Første- og Flergangsfødende i vort Materiale være den i Tabel 59 viste, hvoraf ligeledes Eklampsihyppigheden fremgaar.

Tabel 59.
Hele Landet 1918—27.

Alder	Førstegangsfødende			Flergangsfødende		
	Ekl. (fundet)	Fødende (bereg.)	Ekl.hyp. i ‰ (bereg.)	Ekl. (fundet)	Fødende (bereg.)	Ekl.hyp. i ‰ (bereg.)
15—19 ..	144	32323	4,46	1	4143	0,24
20—24 ..	300	99249	3,02	27	77666	0,35
25—29 ..	216	66726	3,24	84	145070	0,58
30—34 ..	104	22069	4,71	100	137849	0,73
35—39 ..	40	6448	6,20	98	95894	1,02
40—44 ..	13	1185	10,97	60	39668	1,51
> 45 ..	2	100	20,00	7	3224	2,17

Ogsaa denne Opgørelse viser, at Eklampsihyppigheden stiger jævnt med Alderen for begge Grupper Vedkommende.

Der er hidtil ikke taget andet Hensyn til Fødselstallet end Adskillelsen mellem Første- og Flergangsfødende, idet det er her Hovedforskellen ligger. Uddifferentieres de Flergangsfødende og sammenstilles med Alderen faas Tallene i Tabel 60. Anvendes atter *Statistisk Departements* Tal til at beregne de Fødendes Fordeling i Aarene 1918—27 bliver det muligt at beregne Eklampsihyppigheden baade efter Alder og Fødselstal. (Tabel 61).

Det ses da, at de Førstegangsfødende i alle Aldersklasser har betydelig højere Eklampsihyppighed end alle Fødende med højere Fødselstal. Indenfor hver Aldersklasse falder Eklampsihyppigheden med stigende Fødselstal, kun ved de allerhøjeste Fødselstal findes maaske en let Stigning.

Indenfor hver enkelt Gruppe af Fødselstal stiger Eklampsihyppigheden med Alderen.

Dette passer med, hvad man paa Forhaand vilde vente. Til at fremkalde Eklampsi kræves 2 Ting: for det første en Grundlidelse (Eklampsismen) der, da den antagelig er afhængig af Nyrernes Tilstand og Blodtrykkets Højde, maa forventes at blive hyppigere med Alderen, og for det andet, et ydre Irritament: Fødselsarbejdet, jo lettere dette er, og dette er først og fremmest afhængigt af det tidligere Antal Fødsler, desto mindre sandsynligt er det, at Anfald kommer til Udbrud og desto sjældnere bliver Eklampsierne. Den eneste Afvigelse fra det fremførte er, at de alleryngste Førstegangsfødende (15—19 Aar) maaske har lidt højere Eklampsihyppighed end ventet, men dette kan let forklares ved mangelfuld legemlig Udvikling og mindre Modstandskraft.

Tabel 60.
Hele Landet.

[illegible]

T a b e l 6 1.
Hele Landet 1918—27.

Fødsels- tal	Alder						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
1 Ekl.	144	300	216	104	40	13	2
1 Fødende . . .	32323	99249	66726	22069	6448	1185	100
Ekl.hyp. i ‰	4,46	3,02	3,24	4,71	6,20	10,97	20,00
2 Ekl.	1	24	33	45	18	5	—
2 Fødende . . .	4205	51482	52692	34862	10848	2288	57
Ekl.hyp. i ‰	0,24	0,47	0,63	1,29	1,66	2,19	—
3 Ekl.	—	1	22	22	21	7	—
3 Fødende . . .	229	18753	38758	29425	14533	2819	86
Ekl.hyp. i ‰	—	0,05	0,57	0,75	1,44	2,48	—
4 Ekl.	—	2	13	14	18	9	2
4 Fødende . . .	22	5484	22239	25587	14635	3799	216
Ekl.hyp. i ‰	—	0,36	0,58	0,55	1,23	2,37	9,26
5 Ekl.	—	—	2	9	8	7	—
5 Fødende . . .	22	1415	11225	17111	12690	4290	229
Ekl.hyp. i ‰	—	—	0,18	0,53	0,63	1,63	—
6 Ekl.	—	—	2	6	8	9	1
6 Fødende . . .	—	354	1483	11834	10951	4198	259
Ekl.hyp. i ‰	—	—	1,35	0,51	0,73	2,14	3,86
7 Ekl.	—	—	1	3	10	6	—
7 Fødende . . .	—	71	2542	8316	8290	4198	229
Ekl.hyp. i ‰	—	—	0,39	0,36	1,21	1,43	—
8 Ekl.	—	—	1	1	5	3	1
8 Fødende . . .	—	18	1271	5437	7676	3676	289
Ekl.hyp. i ‰	—	—	0,78	0,18	0,65	0,82	3,46
>8 Ekl.	—	—	—	1	12	15	4
>8 Fødende . . .	—	18	635	5277	6038	14380	1858
Ekl.hyp. i ‰	—	—	—	0,19	1,99	1,04	2,15

Deles Materialet i Gifte og Ugifte ses af Tabel 62, at Eklampsihyppighedens Aftagen med Alderen er mindre udtalt hos de Ugifte, hvor ogsaa Forandringerne i Fødselstallet maa antages at være mindre. Dette fremgaar ogsaa af, at det procentiske Antal

af Førstegangsfødende blandt Eklamptikerne aftager i langt mindre Grad blandt de Ugifte end blandt de Gifte.

T a b e l 6 2.

Alder	Gifte					Ugifte			
	Ekl.	Fødsler	Ekl. hyp. ‰	I grav. ‰		Ekl.	Fødsler	Ekl. hyp. ‰	I grav. ‰
15—19 ..	51	16350	3,12	100,0		96	20118	4,77	98,9
20—24 ..	238	142020	1,67	89,7		105	24894	4,22	96,1
25—29 ..	273	197374	1,38	69,4		40	14422	2,77	90,0
30—34 ..	193	153624	1,26	46,5		20	6294	3,18	89,5
35—39 ..	140	98814	1,42	28,2		7	3428	2,04	60,0
40—44 ..	79	39633	1,99	16,4		3	1269	2,36	40,0
45—49 ..	9	3246	2,77	22,2		0	78	—	—

Eklampsihyppighed og Fødselstal.

Som det saaes, har der ved de tidligere Undersøgelser været den Mangel, at de normale Fødendes Fødselstal i det undersøgte Tidsrum er ukendt. Ad Omveje naaede man til det Indtryk, at ialtfald en stor Del af de fundne Variationer i Eklampsihyppigheden kan henføres til en fælles Aarsag, nemlig Forskelligheder i Forholdet mellem de Første- og de Flergangsfødendes Antal. Naar sikre Tal herfor foreligger, vil man med Sikkerhed kunne afgøre, om andre Faktorer foruden Fødselstallet influerer paa Eklampsihyppigheden.

At Eklampsihyppigheden, som tidligere antaget, er størst hos de Førstegangsfødende er utvivlsomt. Af Eklamptikerne er 68,28 % Førstegangsfødende (Tabel 63), og saa stort et Antal findes selvfølgelig ikke blandt samtlige Fødende.

T a b e l 6 3.

	P.	S.	St.	ialt	i ‰
I-grav.	68	433	332	833	68,28
∞-grav.	40	252	95	387	31,72

Det fundne Tal er selvfølgelig lavere end Gennemsnittet af de talrige Hospitalsstatistikere med deres eensidige Materiale af unge Førstegangsfødende. Disses Tal varierer mellem 72 og 84 %, som Gennemsnit har *Hinselmann* (80) beregnet, at der findes 74 % Førstegangsfødende.

De tidligere Landsstatistikere Tal svarer til vore. *Büttner* (25—26) har saaledes 67 %, *Hamerschlag* (69) 68 % og *Meyer-Wirz* (118) 62 % Førstegangsfødende.

Ved en Optælling blandt ca. 39000 Fødende fra Aarene 1862—76, væsentligst fra jyske Landdistrikter, fandt *Ditzel* (34), som tidligere nævnt, 20,85 % Førstegangsfødende. Næsten samme Antal fandtes i Baden i 1910: 21,6 %. Tallene for hele Landet er dog sikkert nu betydelig højere paa Grund af den aftagende Fødselshyppighed. I 1929 var Procentantallet Førstegangsfødende i Baden saaledes steget til 34 %. For Københavns Kommune fandt jeg ved direkte Optælling, at der i 1923 fandtes ca. 40 % Førstegangsfødende. Dette maa, at dømme efter den lave Fødselshyppighed og det store Antal udenfor Ægteskab fødende Kvinder, sikkert være et Maksimumstal.

Det for hele Landet gældende Tal maa altsaa antages at ligge et Sted mellem 20 og 40 %. Ved den af *Statistisk Departement* foretagne Optælling for 1931 fandtes 30,5 % Førstegangsfødende. Dette Tal er sandsynligvis noget højere end de virkelige Værdier i Aarene 1918—27, men lægges det alligevel til Grund for en Beregning, skulde herefter til de 737711 Fødende svare 225002 Første- og 512709 Flergangsfødende. Beregnes Eklampsihyppigheden heraf faaes:

T a b e l 6 4.

	Ekl.	Fødende	Ekl.hyp. i ‰	
I-grav.	833	225002	3,70	} = ca. 5 : 1
∞-grav.	387	512709	0,75	

og Eklampsihyppigheden skulde herefter være ca. 5 Gange større blandt Første- end blandt Flergangsfødende, hvilket er noget lavere end af *Zangemeister* beregnet af *Büttners* og *Hamerschlags* Materialer (8 : 1).

Som det allerede saas i forrige Afsnit, under Spørgsmaalet om Alderens Indflydelse, syntes Eklampsihyppigheden aftagende med

stigende Fødselstal. I Tabel 65 er *Statistisk Departements* Tal atter anvendt til at beregne Fordelingen af de i 1918—27 fødende efter Fødselstal uanset Alderen.

T a b e l 65.

Hele Landet.

Fødsels- tal	Ekl. (fundet)	Fødende ialt (beregnet)	Ekl.hyp. i ‰ (beregnet)
1	833	225002	3,70
2	138	158608	0,87
3	75	99590	0,75
4	58	64919	0,89
5	26	42050	0,62
6	26	36886	0,70
7	19	20656	0,92
8	11	15492	0,71
> 8	33	31722	1,04

Det ses da, at den væsentligste Forskel er mellem Første- og Flergangsfødende, blandt de sidste er Eklampsihyppigheden nærmest uafhængig af Fødselstallet, men dette skyldes, som det tidligere saas, at stigende Alder og stigende Fødselstal modvirker hinanden

ANDET AFSNIT

SYMPTOMATOLOGI

Tidspunktet for de eklamptiske Anfalds Udbrud i Forhold til Fødslen.

De eklamptiske Krampeanfald kan begynde baade før, under og efter Fødslen. Tidspunktet spiller en stor Rolle baade for Prognose og Behandling, og særlig for en statistisk Bearbejdelse, som den foreliggende, er det nødvendigt at foretage en Adskillelse af de forskellige Grupper, for at kunne bedømme de forskellige Behandlingsresultater.

Paa eet Sted kan saaledes findes relativt mange af de lette Fødselseklampsier, paa et andet Sted til Gengæld mange af de alvorligere Svangerskabseklampsier. Totalresultaterne kan derfor ikke direkte sammenlignes.

Naar Spørgsmaalet gælder de forskellige Behandlingsformer er en nærmere Adskillelse ogsaa nødvendig, for at faa Klarhed over, om den ene eller den anden Behandlingsmaade er at foretrække paa alle Tidspunkter, eller om en individualiserende Behandling efter Tidspunkt eventuelt er fordelagtigere.

Endelig kommer Spørgsmaalet om, hvad der betinger de forskellige Tidspunkter for Eklamsiens Udbrud og om der er nogen Forskel paa disse Tilfælde.

Almindeligvis deles Tilfældene i 3 Grupper: de der udbryder før Fødselsarbejdets Begyndelse, de der udbryder under Fødslen, og de der først opstaar efter denne.

Hinselmann (80) har samlet alle indtil 1924 offentliggjorte Tal og finder herved:

Udbrudt ante partum	.....	1687	=	26 %
— sub	—	3475	=	53 %
— post	—	1357	=	21 %

Tidligere danske Undersøgere har fundet:

	<i>Ingerslev</i>	<i>Albeck</i>	
ante partum ..	12 %	} 95 %	(Ekl. i Efterbyrdsperioden medregnes her).
sub — ..	67 %		
post — ..	21 %		

Tidligere Landsstatistikere har til Sammenligning med vort Materiale følgende Tal:

	<i>Büttner</i> ¹⁾ 0/0	<i>Hammerschlag</i> 0/0	<i>Meyer-Wirz</i> 0/0	Danmark 0/0
ante partum	4	} 81	53,0	38,1
sub —	64		27,3	42,7
post —	32		19,7	19,2

¹⁾ Regner til Svangerskabseklampsier kun saadanne, hvor Fødselsarbejdet ikke begynder i direkte Tilslutning til Anfaldene.

En Sammenligning mellem de forskellige Talangivelser støder dog paa den Vanskelighed, at den eneste Gruppe der kan afgrænses skarpt er Barselsengseklampsierne. Uoverensstemmelserne i disses Antal er derfor ogsaa mindst. Det er derimod i et stort Antal Tilfælde umuligt at afgøre, om det drejer sig om Udbrud i Svangerskabet eller lige efter Fødselsarbejdets Begyndelse.

Som Regel vil man i disse Tilfælde ikke have andre Oplysninger, naar Patienten indlægges, end at der har været Anfald, og om der ved Undersøgelsen er Tegn paa, at Fødslen er i Gang.

Det bliver da en Skønssag om man vil antage, at Anfaldet er det primære, der har sat Fødslen i Gang, eller at de første Veer, inden disse er naaet at blive observeret, har fremkaldt Anfaldet.

Man føres herved ind paa Spørgsmaalet om Veernes pathogenetiske Betydning for Anfaldenes Udløsning. Hele dette Spørgsmaal vilde simplificeres, hvis man kunne antage, at der altid til Grund for Anfaldene ligger Vevirksomhed med den deraf følgende fysiologiske Blodtryksstigning, men Vanskeligheden ligger her i de 2 Ydergrupper: Svangerskabs- og Barselsengseklampsierne; man har ganske vist til Hjælp taget Antagelsen af Svangerskabsveer (»travail insensible«) og Efterveer, men naar det gælder Svangerskabseklampsi er der jo den Mulighed, at alle-

rede den første Ve fremkalder Anfald, saaledes at den er umulig at observere.

For at faa Oplysning herom, har jeg nærmere undersøgt disse Grænsetilfælde i Rigshospitalets Fødeafdeling B's Materiale.

Der findes her ialt 53 Patienter af denne Slags. I 38 Tilfælde oplystes det, at der ikke har været iagttaget Veer før Anfaldenes Begyndelse. I de øvrige Tilfælde mangler Oplysning herom.

Hos 25 Patienter er der ved Indlæggelsen (der her i Byen som Regel sker hurtigt), Tegn paa, at Fødslen er i Gang. Hos 12 Patienter er dette ikke Tilfældet. Disse 12 er dog alle Førstegangsfødende; det kan altsaa tænkes, at Veerne endnu ikke har naaet at sætte sig Spor.

I 45 Tilfælde udvikler Fødslen sig i Tilslutning til Anfaldene. De resterende 8 forløber interkurrent med Anfaldsfrihed i længere Tid. Som det senere skal ses, indtager disse Tilfælde dog en Undtagelsesstilling, idet det enten primært er meget lette Tilfælde, eller sekundært bliver det, ved Fosterets intrauterine Død.

Den eneste Slutning man kan drage af disse Tal er dog den, at Veer og Anfald i de fleste af Tilfældene begynder omtrent samtidig, og at det er umuligt at afgøre, hvad der er det primære.

Som det senere skal ses, er 72,9 % af de Børn, der fødes ved Svangerskabseklampsi, ufuldbaarne, hvad der kan tyde paa, at Svangerskabet hyppigst afbrydes før Tiden af Anfaldene. Det er imidlertid nødvendigt at antage ogsaa andre Aarsager til Fostrenes ringe Udvikling, idet der baade ved Eklampsi opstaaet under og efter Fødslen, er et abnormt, omendt ikke slet saa stort Antal ufuldbaarne Børn, nemlig henholdsvis 32,5 og 37,3 %.

Mod Nødvendigheden af Veernes Tilstedeværelse for Anfaldenes Udløsning taler de af *Sutugin* (168) og *Moraweck* (123) og *Kuhr* (98) referede 3 Tilfælde af Eklampsi, udbrudt fra nogle Timer til 2 Døgn efter Porros Operation. Disse Tilfælde svarer til Barselsengseklampsier, men medens man ved disse sidste kan hjælpe sig med Antagelsen af Efterveer, mangler man dette Holdpunkt, naar Uterus er fjernet. Det er dog muligt, at Operationen i sig selv kan give samme Impuls til Anfaldenes Udløsning som Veerne.

Sammenfattende kan man altsaa sige, at Eklampsien i de fleste Tilfælde synes at opstaa i Tilslutning til Vevirksomhed,

men maa kunne antages ogsaa at kunne optræde uden en saadans Tilstedeværelse.

For at vende tilbage til Inddelingen, maa det altsaa siges at være umuligt at skelne skarpt mellem de Tilfælde, der er opstaaet i Svangerskabet, og de, der er udbrudt tidligt i Fødslen. Vi har paa dette Punkt været henvist til de behandlende Lægers Skøn. Som Regel har til Svangerskabseklampsier været regnet saadanne, hvor Veer ikke har været iagttagne før Anfaldenes Begyndelse.

Denne Vanskelighed ved Adskillelsen mellem Svangerskabs- og Fødselseklampsi er vi dog delvis kommet udover, ved at dele Fødselseklampsierne i de i Udvidnings- og de i Uddrivningsperioden opstaaede. De første, hvor den flydende Overgang til Svangerskabseklampsierne findes, staar nemlig disse nærmere, saavel med Hensyn til Symptomernes Styrke, som til Behandlingsresultaterne. Efter denne Adskillelse faaes følgende Tal fra tidligere Statistiker og vort eget Materiale (Tabel 66).

Tabel 66.

	Svanger- skab	Udvidn. Tid	Uddrivn. Tid	Barsel- seng
Brummerstädt ..	25	48	24	32
Knapp	2	13	2	5
Ruge	100	305	120	49
Freund	222	181	57	210
Bauch	144	204	120	90
ialt	493	751	313	386
i %	25,4	38,6	16,1	19,9
Danmark	489	305	244	247
i %	38,1	23,7	19,0	19,2

Overensstemmelsen ses at være ganske god, kun synes et noget større Antal at være regnet til Svangerskabseklampsier i vort Materiale, men her er som nævnt Adskillelsen fra Udvidningsperioden ogsaa underkastet individuelle Skøn.

Vi har desuden valgt at adskille de efter Fødslen opstaaede Eklampsier i de i Efterbyrdsperioden og de i den egentlige Barselseng opstaaede Tilfælde, idet der, som det senere skal ses, synes at være nogen Forskel i Forløbet.

Vi finder, at ialt 5,5 % af Tilfældene optræder i Efterbyrdsperioden. *Hinselmann* (80) finder blandt 207 Patienter fra forskellige Statistiker: 4,8 % Efterbyrdseklampsier, altsaa noget lignende som i vort Materiale.

Den endelige Fordeling af vore Patienter ses af Tabel 67.

T a b e l 67.

	Svanger- skab		Udvidn. tid		Uddrivn. tid		Efterb. per.		Barsel- seng	
	ialt	i %	ialt	i %	ialt	i %	ialt	i %	ialt	i %
P. . . .	4	3,5	25	21,7	61	53,0	14	12,2	11	9,6
S. . . .	360	48,5	156	21,0	98	13,2	37	5,0	91	12,3
St. . . .	125	29,2	124	29,0	85	19,8	20	4,7	74	17,3
	ialt 489	38,1	305	23,7	244	19,0	71	5,5	176	13,7

Som det ses, er de af de praktiserende Læger behandlede Tilfælde overvejende udbrudte i Uddrivningsperioden. Disse har den behandlende Læge nemlig hurtigt kunnet afslutte (hyppigst ved Tangforløsning), og de øvrige er blevet indlagt. De er herved blevet unddraget Sygehusene, hvorfor antagelig disse har et noget færre Antal i denne Periode end Fødselsstiftelserne, hvortil, paa Grund af den nemme Hospitalsadgang, saa godt som alle Patienter indbringes. Denne Fordeling af Patienterne efter Tidspunktet for Eklampsiers Udbrud er ikke ens for Første- og Flergangsfødende.

Hinselmann (80) har samlet de indtil 1924 offentliggjorte Tal og finder:

T a b e l 68.

	I grav.		∞ grav.	
	ialt	i %	ialt	i %
ante partum	230	21	61	21
sub »	580	54	134	45
post »	263	25	103	34

Antallet af Svangerskabseklampsier er altsaa ens, men blandt de Førstegangsfødende er forholdsvis flere sub partum og blandt de Flergangsfødende forholdsvis flere post partum udbrudte.

Det samme gaar igen i vort Materiale (Tabel 69), men her ses yderligere den Forskel, at Svangerskabseklampsierne er hyppigere hos de Flergangsfødende.

Tabel 69.

	P.	I grav.		St.		ialt	
		S.					
		ialt	%	ialt	%	ialt	%
Svangerskab	0	195	45,2	80	24,1	275	33,2
Udv.tid	13	110	25,6	102	30,7	225	27,2
Uddr.tid	42	66	15,3	79	23,8	187	22,6
Efterb.per.	6	28	6,5	25	7,6	59	7,1
Barselseng	4	32	7,4	46	13,8	82	9,9
∞ grav.							
Svangerskab	4	142	57,0	45	46,9	191	49,2
Udv.tid	12	33	13,3	22	22,9	67	17,3
Uddr.tid	15	16	6,4	6	6,3	37	9,6
Efterb.per.	6	6	2,4	4	4,1	16	4,1
Barselseng	6	52	20,9	19	19,8	77	19,8

En Middelfejlsberegning af Forskellen mellem de forskellige Perioders Antal Patienter hos Første- og Flergangsfødende viser, at Tallene kun for Svangerskabseklampsiernes Vedkommende tillader at drage sikre Slutninger, og at Forskellen har ialtfald ikke er tilfældig.

Middelfejlsberegning til Tabel 69.

	Differense mellem I grav og ∞ grav	Middelfejl
Svangerskab	16,0 %	3,5
Udvidn.tid	9,9 %	5,5
Uddrivn.tid	13,1 %	5,7
Efterbyrdsper.	3,0 %	6,0
Barselseng	9,9 %	5,6

Opgøres Fordelingen efter Alder (Tabel 70 og 71), ses som venteligt alt i alt samme Forskel mellem Unge og Ældre som mellem Første- og Flergangsfødende, dog er der den Forskel, at Barselsengseklampsiene her er forholdsvis hyppigere hos de Unge.

Disse Forskelle gaar igen baade i Sygehusenes og i Stiftelsernes Materiale, og Totalforskydningen skyldes altsaa ikke forskelligt Patientmateriale med forskellig Bedømmelse af Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud.

For at faa Klarhed over, hvilken af de 2 Faktorer (Fødsels-
tal eller Alder) der er af Betydning, er der i Tabel 72 taget Hen-
syn til begge. Det ses da, at der hos Førstegangsfødende findes
flest sub partum udbrudte Eklampsier uanset Alderen, og at der
hos Flergangsfødende, ogsaa uanset Alderen, findes flere ante
partum og post partum udbrudte; men desuden ses, at Tilbøje-
ligheden til Udbrud i Svangerskabet stiger med Alderen baade for
Første- og Flergangsfødende, og at Tilbøjeligheden til Barselsengs-
eklampsi er størst hos de Unge, baade hos Første og Flergangs-
fødende.

T a b e l 7 0.

Alder	Svanger- skab		Udvidn.- tid		Uddrivn.- tid		Efterb. per.		Barsel- seng	
	ialt	i %	ialt	i %	ialt	i %	ialt	i %	ialt	i %
15—19 ..	46	9,5	37	12,4	28	12,1	8	10,3	27	16,7
20—24 ..	106	21,9	83	27,8	85	36,8	31	39,7	39	24,1
25—29 ..	110	22,8	83	27,8	60	26,0	13	16,7	45	27,8
30—34 ..	99	20,6	50	16,7	25	10,8	15	19,2	25	15,4
35—39 ..	73	15,1	30	10,0	23	10,0	7	9,0	13	8,0
40—44 ..	45	9,3	13	4,3	9	3,9	4	5,1	11	6,8
45—47 ..	4	0,8	3	1,0	1	0,4	0	—	2	1,2

T a b e l 7 1.

	Under 30 Aar		Over 30 Aar	
	ialt	i %	ialt	i %
Svangersk.	252	31,9	221	48,9
Udv.tid	203	25,7	96	21,2
Uddr.tid	173	21,9	58	12,8
Efterb.per.	52	6,5	26	5,8
Barselseng	111	14,0	51	11,3

T a b e l 7 2.

	I grav.			Under 30 Aar			Over 30 Aar	
	ialt	i %		ialt	i %		ialt	i %
Svangersk.	210	32,2	} 49,8	63	38,4	} 49,4	53	32,3
Udv.tid	175	26,8		28	17,1		13	7,9
Uddr.tid	150	23,0		7	4,3		7	4,3
Efterb.per.	45	6,9	} 18,0			} 12,2		
Barselseng	73	11,1						

	∞ grav.			
	Under 30 Aar		Over 30 Aar	
	ialt	i 0/o	ialt	i 0/o
Svangersk.	42	37,5	146	54,7
Udv.tid	22	19,6	42	15,7
Uddr.tid	10	8,9	26	9,8
Efterb.per.	5	4,5	11	4,1
Barselseng	33	29,5	42	15,7

Grunden til at de Førstegangsfødende hyppigst faar Eklampsi under Fødslen og særlig i Uddrivningsperioden er sikkert det større Fødselsarbejde hos disse i dette Tidsrum.

Hvorfor de Flergangsfødende fortrinsvis faar Anfald i Svangerskab eller Udvidningsperioden, altsaa paa et tidligere Tidspunkt, er derimod mere usikkert.

Undersøges Graden af Albuminurien og Blodtrykkets Højde i de forskellige Perioder vil man se, at de højeste Værdier af disse, og altsaa de sværeste Tilfælde, findes netop ved Eklampsier udbrudte i Svangerskabet og Udvidningsperioden. Det er altsaa de alvorligste Tilfælde der giver Krampeanfald tidligt i Fødslen (Tabel 73 og 74).

Tabel 73.

Ant. Pat. m. ? Alb.	Svangersk.		Udv.tid		Uddr.tid		Efterb.per.		Barsels.	
	ialt	0/0	ialt	0/0	ialt	0/0	ialt	0/0	ialt	0/0
< 1 0/00 . . .	21	6,8	25	13,4	31	27,0	14	28,6	28	24,5
1—10 0/00 . .	116	37,9	82	44,1	58	50,4	25	51,0	59	51,8
> 10 0/00 . .	169	55,3	79	42,5	26	22,6	10	20,4	27	23,7

Sammendrages Tallene faas:

Ant. Ptt. med	Svangersk. + Udv.tid		Øvrige Perioder	
< 10 0/00	244		215	
> 10 0/00	248	50,4 %	63	26,3 %

Differensen er 24,1 %, og Middelfejlen paa denne er 3,5 % ca. $7 \times \mu$.

Tabel 74.

Antal Ptt. med Blodtryk over 175 mm	Svanger- skab		Udvidn.- tid		Uddrivn.- tid		Efterb. per.		Barsel- seng	
	ialt	0/0	ialt	0/0	ialt	0/0	ialt	0/0	ialt	0/0
	109	39,9	66	39,6	30	25,4	7	14,3	24	23,3

Sammendrages Tallene faas:

Ant. Ptt. med	Svangersk. + Udv.-tid	Øvrige Perioder
over 175 mm . .	175 39,1 %	61 22,6 %
under 175 mm .	446	270

Differensen er 16,5 % med en Middelfejl paa 3,4 (ca. 5 μ).

Endelig ses, at maalt ved disse 2 Symptomer er Tilfældene alvorligere hos Flergangsfødende (Tabel 75 og 76) og tiltagende i Styrke med Alderen (Tabel 77 og 78).

T a b e l 75.

Antal Ptt. med?	I grav.	∞ grav.	Diff. mellem	
Albumen	ialt	ialt	I grav. ∞ grav.	μ
Under 1 ‰ . . .	89 16,5	41 16,7		
1—10 ‰	231 42,8	98 39,8		
Over 10 ‰ . . .	220 40,7	107 43,5	2,8	5,2

T a b e l 76.

Antal Ptt. med	I grav.	∞ grav.	Diff. mellem	
Blodtryk over	ialt	ialt	I grav. ∞ grav.	μ
175 mm	143 28,3	91 46,9	18,6	4,6

En Middelfejlsberegning viser, at det større Antal svære Albuminurier blandt de Flergangsfødende kan være tilfældigt, idet Differensen her er mindre end Middelfejlen paa denne.

Derimod er der talmæssigt Sandynlighed for, at de svære Hypertonier er hyppigere blandt de Flergangsfødende, idet Differensen her er 4,6 Gange saa stor som Middelfejlen paa denne.

T a b e l 77.

Albuminuri og Alder.

Alder	Ptt. ialt	Ptt. med over 10 ‰ Alb.
		ialt i ‰
15—19	101	30 29,8
20—24	227	84 38,0
25—29	191	82 42,9
30—34	146	76 52,0
35—39	95	46 48,5
Over 40	56	25 44,3
		6*

Tabel 78.
Blodtryk og Alder.

Alder	Ptt. ialt	Ptt. med over 175 mm ialt i 0/0	
15—19	97	18	18,5
20—24	218	58	26,7
25—29	159	49	30,9
30—34	120	52	43,3
35—39	67	35	52,3
Over 40	44	29	65,9

En Middelfejlsberegning viser yderligere, at Stigningen i Antallet af svære Albuminurier fra Aldersklassen 15—19 til 30—34 Aar næppe er tilfældig, idet Differensen er 3,6 Gange Middelfejlen paa denne.

Sikker synes ogsaa Blodtryksstigningen at være, idet Forskellen mellem Aldersklasserne 15—19 og over 40 Aar er 5,8 Gange Middelfejlen paa denne.

Forklaringen paa at Anfaldene hyppigst udbryder paa et tidligt Tidspunkt af Fødslen hos Flergangsfødende og hos de ældre Patienter, er altsaa den, at dette paa Forhaand er de sværeste Tilfælde, hvorfor Anfaldene her lettest udløses.

Man forestiller sig bedst Forholdet ved at tænke sig, at der til Fremkaldelse af det eklamptiske Anfald kræves 2 Faktorer. For det første Grundlidelsen (Eklampsismen), der kan maales blandt andet ved Albuminuriens og Hypertoniens Styrke, og for det andet et Irritament, f. Eks. i Form af Vevirksomheden (muligvis den med denne følgende yderligere Blodtryksforhøjelse).

Det naturligste maa derfor være at antage, at der findes en (selvfølgelig individuel) Tærskelværdi i den eklamptiske Forgiftning; naar denne passerer, udløses Anfaldet. Jo stærkere Forgiftningen er, desto lettere vil denne hypotetiske Tærskelværdi kunne passerer. Drejer det sig om en alvorlig Eklampsismus vil Anfald kunne udløses ved et mindre Irritament og derfor f. Eks. allerede ved Veernes Begyndelse; og paa den anden Side vil Tærskelværdien kunne passerer selv i lettere Tilfælde, naar Irritamentet (Vevirksomheden) naar en tilstrækkelig Højde (hyppigst i Uddrivningsperioden).

Et Eksempel paa dette sidste er Udbrud af Anfald i Tilslutning til de stærke Veer efter Pituitrininjektion, hvorefter der findes Tilfælde i vort Materiale.

Denne Antagelse om Betydningen af Sammenspillet mellem Forgiftning og Vevirksomhed, som er fremkommet ved Undersøgelsen af Symptomernes Styrke i de forskellige Perioder, er en Bestyrkelse af den af *Hauch* (73) fremsatte Teori om Opstaaelsesmaaden for de Former af Eklampsi, han benævner »Arbejdseklampsier«. Herved forstaaes Tilfælde, der opstaar overraskende i Uddrivningstiden, navnlig naar denne har varet længe og krævet et svært Fødselsarbejde. *Hauch* skriver: »Man har Indtryk af, at disse Patienter er forholdsvis lidet forgiftede, saa lidt, at et saa betydeligt Irritament som et svært, langvarigt Fødselsarbejde, maaske endog stærke, smertefulde Presseveer, udkræves for at vække Kramperne; er Patienten stærkt forgiftet, vil som bekendt et ringe Irritament, en pludselig, stærk Berøring, et pludseligt Lys eller en stærk Lyd o. s. v. være tilstrækkelig til at fremkalde dem, dersom de da ikke kommer ganske uden paaviselig Lejlighedsaarsag.«

Den af *Hauch* fremsatte Formodning om Vevirksomhedens Betydning bekræftes altsaa af de føreliggende Undersøgelser.

De nævnte Forhold kan maaske ogsaa give en Forklaring paa, hvorfor 1) Eklampsien er hyppigere hos Førstegangsfødende, men 2) paa den anden Side, som det senere skal ses, er alvorligere hos Flergangsfødende.

Blandt de Førstegangsfødende vil det stærkere og længere varende Fødselsarbejde medføre, at ogsaa en Del lette Eklampsismer faar Eklampsi. Der bliver altsaa flere, men ogsaa flere lette Eklampsitilfælde blandt disse.

Blandt de Flergangsfødende vil de letteste Tilfælde kunne undgaa Anfald paa Grund af den lettere og hurtigere Fødsel, men paa den anden Side vil de Eklampsier, der udbryder, gennemgaaende være alvorligere.

Denne Forklaring paa den sjældnere Eklampsi hos Flergangsfødende synes naturlligere end Antagelsen af erhvervet Immunitet efter overstaaet Eklampsi, dertil ses for mange Recidiver.

Efter denne Antagelse skulde Forskellen altsaa væsentligst ligge i Forskel i »Irritament« (Vevirksomhed), og Eklampsismen skulde altsaa være lige hyppig hos Første- og Flergangsfødende.

Noget Tal for det sidste er vanskeligt at give. Ved Undersøgelse af Forholdene ved beslægtede Svangerskabssygdomme finder *Leopold Meyer* (113), at Albuminuri er noget hyppigere blandt Før-

ste- end blandt Flergangsfødende. Differensen er dog ikke stor. Tallene er:

Svangerskab		Fødsel	
I grav.	∞ grav.	I grav.	∞ grav.
6,9 %	5,8 %	28,4 %	21,0 %

Til Gengæld finder *Zangemeister* (189), at Hydrops gravidarum er hyppigere hos Flergangsfødende.

Blodtrykket er, alene som Følge af Aldersforskellighed, gennemgaaende højere hos Flergangsfødende.

Tidspunkt i Svangerskabet for Eklampsiens Udbrud.

Det har længe været kendt, at Eklampsien kan udbryde tidligt i Svangerskabet. Af Tabel 79 med tidligere Talmaterialer ses, at Udbrud før 6. Svangerskabsmaaned er sjælden (kun 0,6 % af samtlige Tilfælde). Derefter tiltager Hyppigheden jævnt, og godt Halvdelen udbryder ved Svangerskabets rettidige Afslutning.

I Tabel 80 ses de tilsvarende Tal for vort Materiale. Det ses, at hos os er et noget større Antal udbrudt før Svangerskabets Slutning, men denne Forskel skyldes sikkert, at der i vor Beregning kun er medtaget Svangerskabseklampsier, hvorimod der i de andre Statistiker ogsaa er medregnet Eklampsier, der er udbrudt under Fødslen, og disse er hyppigst rettidige.

De meget tidligt optrædende Eklampsier (før 6. Maaned), er, som det ses, saa sjældne, at det bliver et Spørgsmaal, om man ikke er berettiget til at antage, at ægte Eklampsi ikke udbryder før 6. Svangerskabsmaaned.

Hvis man antager, at Eklampsien er af føtal Oprindelse, hvilket, som det senere skal ses, Forholdene ved de interkurrente Eklampsier kan berettige til, vil det passe hermed, at Eklampsien først begynder ved det Tidspunkt, hvor Fosterets Kredsløb træder i Funktion. Herimod taler kun de tidlige Eklampsier. Jeg har derfor nærmere undersøgt de tidligere beskrevne Tilfælde af denne Art.

Tabel 79.

	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Tarnier				5	6	7	16	9
Charpentier				3	10	17	50	53
Casamayor				2	5	32	18	34
Bidder			1	1	7	21	49	61
Zweifel				2	11	8	19	46
Glockner				2	4	5	29	101
Goedecke	1			13	39	53	85	115
Büttner				1		13	34	120
Meyer-Wirz			1	6	8	20	21	6
Esch	2			2	17	57	79	177
Steinberg		1	2		11	26	86	160
Lichtenstein			2	1	7	22	91	258
Albeck			5	6	8	10	52	62
Ruge		2		6	9	31	51	475
Leidenius				1	8	2	6	17
Westphal			1	2	9	7	32	128
Greenhill				7	7	10	24	24
ialt	3	3	12	60	156	341	742	1846
i %	0,1	0,1	0,4	1,9	4,9	10,8	23,5	58,3

Tabel 80.

	IV-V	V-VI	VI-VII	VII-VIII	VIII-IX	IX-X
P.				1	2	1
S.	4	6	26	54	79	126
St.	0	2	12	19	32	59
ialt ..	4	8	38	74	113	186
i % ..	0,9	1,9	9,0	17,5	26,7	44,0

Af disse findes følgende:

4. Uge.

1) *Thaler og Zuckermann* (171): 40-aarig, I grav., 5 typiske Anfald 41 Timer efter Totalexstirpation af Uterus og Adnexa, paa Grund af Fibromyomer. Stroganoff. Helbredelse.

2. Maaned.

2) *Auward et Daniel* (8): 29-aarig, I grav. Typiske Anfald i 2. Svangerskabsmaaned efter i 14 Dage at have haft Hovedpine, Synsforstyrrelse, Svimmelhed, Opkastning og Cardialgi. Urin: + Albumen, ingen Ødemer. Abortus provocatus, hvorefter hurtig Helbredelse.

2.—3. *Maaned.*

3) *Laubenburg* (101): 32-aarig, IV grav. Typiske Anfald 4 Timer efter Udtømmning af Uterus paa Grund af en septisk, sandsynligvis kriminel Abort. Meget stærk Anæmi, 20 Anfald. Spor af Alb. Helbredelse.

4) *Ebeler* (36): 23-aarig, I grav. Indlægges dybt anæmisk og pulsøs og opereres straks for Graviditas extrauterina. 8 Timer efter Operationen typiske Anfald. Urin: 12—15 ‰ Alb. Stroganoff. Dør 13 Timer efter Operationen. Ingen Sektion.

3.—4. *Maaned.*

5) *Haendly* (68): 24-aarig. 2½ Time efter Amotio ovi paa Grund af begyndende Abort, ialt 9 typiske Anfald. Tp. til 39,3°. Urin: + Spor af Alb. Stroganoff. Helbredelse.

6) *Meye* (116): 37-aarig, XI grav. Paa Grund af Abort digital Fjernelse af Ægget. Herunder Besvimelse og Opkastning. Nogen Tid efter ialt 8 Anfald. Urin: Spor af Alb. Helbredelse.

7) *Bollag* (19): 31-aarig, III grav. Indlægges blødende, meget anæmisk, med Kramper. Petecchier overalt paa Huden. Hæmoglobinuri, Urin: 5 ‰ Alb. Stroganoff. Spontan Abort. Helbredelse.

8) *Keller* (88): I grav. Pludselig Anfald og Amaurose. Morfin. 8—14 Dage senere spontan Abort. Helbredelse.

9) *Ebeler* (36): 28-aarig, III grav. Gentagne Blødninger, Svimmelhed og Besvimelser. Pludselig flere, typiske Anfald. Indlægges stærkt anæmisk, fuldstændig Amaurose. Urin ½ ‰ Alb. Biodtryk: 100—110. Abortus provocatus. Helbredelse.

4. *Maaned:*

10) *Hammerschlag* (69): 41-aarig, I grav. Indlagt paa Grund af Hyperemesis gravidarum. Pludselig 4 Anfald og Død. Sektion: Nephritis parenchymatosa, Blødninger og pseudomelanotiske Pletter i Mave-Tarmkanalen.

11) *Boissard* (18): Patient med 4 typiske Anfald og Albuminuri. Efter indledet Abort forsvinder Anfald og Albuminuri, men Patienten dør 14 Dage efter i stadig coma. Sektion: Hæmorrhagia cerebri.

12) *Gugenheim* (66): 31-aarig, IV grav. 1¼ Time før Amotio ovi flere Anfald, Albuminuri. Helbredelse.

13) *Füth* (55): 50 Anfald i hurtig Rækkefølge, dør. Sektion: »kun ringe Forandringer i Lever og Nyre«.

14) *Eisenreich og Schmincke* (39): 27-aarig, i flere Aar kronisk Nyrelidelse, har aborteret 5 Gange. Pludselig Kramper og mors. Sektion: Hæmorrhagia cerebri, kronisk Skrumpenyre, Arteriosclerose, typiske, eklamptiske Leverforandringer.

15) *Eisenreich og Schmincke* (39): Tilfælde af Eklampsi ved Mola hydatidosa uden Foster.

16) *Falk* (47): 22-aarig, I grav. Typisk Eklampsi. Urin: 12 ‰ Alb. Mola hydatidosa med 20 cm lang Foster. Helbredelse.

17) *Meye* (116): 34-aarig, II grav. 4 Anfald. Mola hydatidosa med Foster. Helbredelse

5. *Maaned.*

18) *Gross* (65): 22-aarig, II grav. Anfald efter Fjernelse af Mola hydatidosa og 10 cm langt Foster. Dør 31 Timer p. p. Sektion: Typiske, eklampiske Leverforandringer og »kronisk Mb. Brightii«.

19) *Hitschmann* (81): 18-aarig, II grav. I Tilslutning til Veer 2 eklampiske Anfald. Fjernelse af Mola hydatidosa. Intet Foster. Helbredelse.

20) *Kroemer* (96): 30-aarig. Pludselig Amaurose, Kramper, Coma, Urin: 7,5 ‰ Alb. Fjernelse af Mola hydatidosa uden Foster. Helbredelse.

21) *Lichtenstein* (109): 20-aarig, I grav. I 14 Dage Hovedpine og Opkastning. Pludselig Kramper. Urin: $\frac{1}{2}$ ‰ Alb. Abortus provocatus. Helbredelse.

22) *Lichtenstein* (109): 20-aarig, II grav. Opkastninger i 14 Dage, Urin: 13 ‰ Alb. Universelle Ødemer. Abortus provocatus. 2 Døgn efter 4 Anfald. Helbredelse.

23) *Ebeler* (35): 37-aarig, IX grav. Pludselig, uden Prodromer, typiske Anfald og vedvarende Coma. Urin: 4 ‰ Alb. Kolpohysterotomia ant. Helbredelse.

24) *Ebeler* (35): 25-aarig, I grav. Pludselig Anfald, Coma og Hemiplegi. Urin: 8 ‰ Alb. Blodtryk: 180 mm. Stroganoff. Spontan Fødsel. Dør. Sektion: Hæmorrhagia cerebri, typiske, eklampiske Forandringer i Lever og Nyrer.

25) *Wigger* (185): 29-aarig, V grav. Nyrelidelse i 2 Aar. Et Anfald før og 11 efter Fødslen af en Blæremola uden Foster. Helbredelse.

Sammenfattes de før 6. Svangerskabsmaaned optrædende og nærmere beskrevne Tilfælde ses, at det tidligste optræder i 4. Uge efter en Totalexstirpation af Uterus paa Grund af Fibromer, Operationen kan, omend ikke have frembragt, saa dog disponeret til Anfaldenes Udbrud.

I 2.—3. Maaned er 3 Patienter. De 2 af Patienterne er dybt anæmiske, den ene efter en septisk Abort, den anden efter en rumperet, extrauterin Graviditet. Selvom det ikke drejer sig om rene, anæmiske Kramper, kan Anæmien dog antages at have spillet en disponerende Rolle.

Tilbage bliver et Tilfælde, der efter Beskrivelsen ligner ægte Eklampsi, og hvor der ingen disponerende Momenter kan findes. Forfatteren mener udtrykkelig at kunne udelukke Epilepsi efter Anamnesen. Der maa dog gøres opmærksomt paa, at *Ahlfeld* (2) og *Glockner* (60) har set Epilepsi optræde første Gang under Svangerskab og Fødsel, fortsættende sig i Aarene efter denne.

I 3.—4. Maaned er 5 Patienter, 4 af disse er dybt anæmiske, de 3 paa Grund af Abort (i det ene Tilfælde ved Forgiftning). Een er anæmisk efter gentagne Blødninger. Kun i eet, utilstrækkelig beskrevet, Tilfælde kan det ikke ses, om der har været disponerende Momenter.

I 4. Maaned er ialt 8 Patienter. I eet af disse Tilfælde (*Hammerschlag* (69)), drejer det sig dog utvivlsomt om Uræmi. Et andet (*Füth* (55)) er ogsaa tvivlsomt, idet Sektionsfundet ikke tyder paa Eklampsi. I eet Tilfælde (*Boissard* (18)) findes ved Sektionen kun en betydelig Hjerneblødning og saadanne kan som bekendt alene fremkalde Anfald.

I *Eisenreich* og *Schminkes* Tilfælde (39) tyder Patientens tidligere Aborter og Karforandringer paa, at det drejer sig om Syfilis. Nogen generel Parese, hvor der kan optræde Kramper, drejer det sig dog næppe om, og de pathognomoniske Forandringer i Leveren tyder paa, at det virkelig drejer sig om en ægte Eklampsi, men i alle Tilfælde maa Kar- og speciel Nyreforandringerne siges at være stærkt disponerende til dennes Opstaaen.

I eet Tilfælde (*Gugenheim* (66)) er der intet anført om disponerende Momenter.

Tilbage bliver 3 Tilfælde af Mola hydatidosa (eet uden Foster).

I 5. Maaned er ialt 7 Patienter, deraf 4 med Mola hydatidosa, der altsaa synes at disponere til Eklampsiens tidlige Opstaaen.

De øvrige 3 Tilfælde synes sikre Eklampsier (1 verificeret ved Sektion) uden paaviselige, disponerende Momenter.

Det synes altsaa at være sandsynligst, at ægte Eklampsi kan optræde, omend sjældent, i 5. Maaned, dog ofte kompliceret med Mola hydatidosa. I de tilsyneladende sikre Tilfælde, der optræder før denne Tid, kan man saa godt som altid paavise disponerende Momenter. Før 4. Maaned hyppigst Anæmi (6 af 9 Tilfælde). I 4. Maaned hyppigst Mola hydatidosa.

De enkelte iagttagne og ikke rene Tilfælde af Eklampsi før 5.—6. Maaned kan altsaa ikke tale imod Teorien om Eklampsiens ovulære Aarsag.

I vort Materiale findes kun 4 Tilfælde, der er udbrudt før 5.—6. Maaned, alle paa Sygehusene. Som det saaes, var alle Tilfælde i 4.—5. Maaned, og man kan ikke helt udelukke Muligheden af Fejl i Svangerskabsberegningen. Blandt Fødselsstiftelsernes 428 Eklampsier, var ingen udbrudt før 5.—6. Maaned.

*Tidspunkt i Svangerskabet for Eklampsiens Udbrud
og Mortalitet.*

Det anføres almindeligst, at Eklampsien er alvorligere jo tidligere i Svangerskabet den udbryder.

Tidligere Undersøgeses Tal er opført paa Tabel 81.

Tabel 81.

	indtil VI †	VII †	VIII †	IX †	X †
Casamayor ..	2 — 0 0 %	5 — 3 60 %	32 — 9 28,1 %	18 — 10 55,6 %	34 — 11 32,4 %
Zweifel	2 — 1 50 %	11 — 1 9,1 %	8 — 3 37,5 %	19 — 4 21,1 %	46 — 7 15,2 %
Leidenius . . .	1 — 0 0 %	8 — 2 25,0 %	2 — 0 0 %	6 — 1 16,7 %	17 — 3 17,6 %
Ruge	8 — 5 62,5 %	9 — 5 55,6 %	31 — 14 45,2 %	51 — 15 29,4 %	475 — 62 13,1 %
Westphal . . .	3 — 0 0 %	9 — 2 22,2 %	7 — 2 28,6 %	32 — 4 12,5 %	138 — 8 5,8 %
ialt	16 — 6 37,5 %	42 — 13 31 %	80 — 28 35 %	126 — 34 27 %	710 — 91 12,8 %

Forskellen i Tabel 81 skyldes sikkert, at der i disse Statistiker (undtagen i Leidenius') er medregnet ogsaa Fødselseklampsier, der hyppigst er rettidige og med deres gode Behandlingsresultater derfor vil præge de sidste Maaneder.

Medregnes alene Svangerskabseklampsierne som i vort Materiale (Tabel 82) ses, at der ikke er nogen sikker Forskel i Mortalitet efter Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud.

Tabel 82.

VI — VII	VII — VIII	VIII — IX	IX — X
ialt † %	ialt † %	ialt † %	ialt † %
50 — 12 24	74 — 15 20,5	113 — 24 21,6	186 — 38 20,5

Saaledes er Forskellen paa Mortaliteten i 6.—7. og i 9.—10. Maaned kun 3,5 % med en Middelfejl paa 6,9.

Tidspunkt i Barselsengen for Eklampsiers Udbrud.

Barselsengseklampsierne udbryder, som det ses af Tabel 83, med tidligere Undersøgerses Resultater, i langt de fleste Tilfælde i Løbet af det første Døgn efter Fødslen, herefter aftager Hyp-pigheden stærkt.

Tabel 83.

	Timer					Døgn								
	1-3	4-6	7-12	13-24	2	3	4	5	6	7	8	9	14	
Löhlein	4		1	1	1			1						
Lantos	3	1	1		1		1					1		
Zweifel	4	2	3	1	2									
Schreiber	15	2	4	4					1					
Meyer-Wirz	8	4	6		2		1						1	
Esch	34	18	12	8	4		1					1		
ialt	68	27	27	14	10		3	1	1			2	1	
1. Døgn ialt 136														
Ingerslev				18	3						1		1	
Glockner				17									1	
Büttner				95	6	2	2	2	1				2	
Ruge				45	1									
Hauch				18	2									
ialt				829	22	2	5	3	2	0	1	2	5	
i %				88,7	5,9				5,4					

Tallene i vort Materiale svarer hertil (Tabel 84).

Tabel 84.

	Timer				Døgn			
	1-6	7-12	13-24	1-2	2-3	4-5	8-9	30
P.	3	0	2	1				
S.	23	8	6	2	3	1	1	1
St.	24	12	10	3	1			
ialt	50	20	18	6	4	1	1	1
i %	87			13				

For Tilhængerne af Teorien om Eklampsiers Udgangspunkt i Ægget, er de sene Barselsengseklampsiers Opstaaen vanskelig at forklare.

Som det senere skal ses under de interkurrente Eklampsier, holder Symptomerne paa Intoxicationen sig 1—2 Døgn efter Fo-

sterets intrauterine Død. Der er derfor ikke noget mærkeligt i, at Krampeanfald kan komme til Udbrud i de første Døgn efter Barnets Fødsel, idet der endnu paa dette Tidspunkt er Symptomer paa at Grundlidelsen er tilstede, og dermed Mulighed for Anfaldenes Udløsning. Noget andet er det med de sene Barselsengseklampsier. Hvis man ikke vil antage, at Decidua kan spille nogen Rolle, vanskeliggør de Opretholdelsen af eensidige Teorier om Æggets Rolle i Eklampsians Ætiologi.

Det er dog paa Grund af de sene Barselsengseklampsiers Sjældenhed et Spørgsmaal, om der ikke i disse Undtagelsestilfælde gør sig særlige Forhold gældende, eller om det mulig slet ikke er ægte Eklampsier.

Undersøges de tidligere offentliggjorte Tilfælde af sent optrædende Barselsengseklampsi, viser det sig, at der i nogle af Tilfældene utvivlsomt er fejlagtige Diagnoser, og at der i andre Tilfælde findes særlige Komplikationer.

Formentlig Epilepsi er følgende:

Glockner (60): 29 Dage efter Fødslen typiske, eklampsilignende Krampeanfald, ledsagede af Coma og Albuminuri. Patienten skal aldrig tidligere have haft epileptiske Anfald, men har gentagne Gange saadanne i Aarene efter Fødslen.

Dette Tilfælde er interessant derved, at de epileptiske Anfald, første Gang de optræder, kommer i Tilslutning til Fødslen. Der mangler altsaa her det vigtigste Holdepunkt for Diagnosen: de tidligere Anfald. Albuminuri kan findes baade ved Eklampsi og efter epileptiske Anfald. Der oplyses intet om Blodtrykket, men selvom dette havde været normalt, kan Eklampsi ikke derfor udelukkes. Selve Anfaldene ved de 2 Lidelser er ikke til at skelne fra hinanden. Den for Epilepsi typiske Aura har *Olshausen* (130) ogsaa observeret ved sikker Eklampsi. Endelig kan de ellers typiske Prodromer og Ødemer mangle ved typisk Eklampsi.

Hvis ikke *Glockner* havde fulgt Patienten, var den rigtige Diagnose altsaa ikke blevet stillet, og analoge Tilfælde af Epilepsi kan altsaa tænkes at være blevet antaget for Eklampsi.

Analoge Tilfælde er:

Götz (67): 25-aarig, I grav. Normal Fødsel og Barselseng. 8 Uger efter Fødslen, uden Prodromer pludselig typiske, eklampsilignende

Krampeanfald. Allerede samme Dag fuldstændig Velbefindende. Denne hurtige Restitution, og Manglen paa andre Symptomer gør, at man maa tænke stærkt paa, at det kan have drejet sig om Epilepsi, skønt Patientten aldrig tidligere har frembudt Tegn herpaa.

Esch (42): 24-aarig, I grav. Efter naturlig Fødsel og Barselseng pludselig 9. Dag 4 Anfald. Urin: $\div$ Alb. Ogsaa i dette Tilfælde kan Epilepsi ikke udelukkes.

Lantos (100): Har eet Tilfælde, hvor en Patient 4. Dag efter Fødslens har ialt 17 Anfald. Lantos anfører udtrykkeligt, at det drejer sig om en hysterisk Patient. Det kan saaledes efter den kortfattede Beskrivelse ikke udelukkes, at det kan have drejet sig om hysteriske Kramper.

I 2 Tilfælde findes Forgiftning, som Forklaring paa Krampeanfaldene:

Olshausen (130): 15 Dage efter Fødslens, i Tilslutning til intrauterine Sublimatbehandlinger, pludselig 4 Krampeanfald og hurtig Død. Sektion viser for Sublimatforgiftning typiske Forandringer i Nyrer og Tarmkanal.

Löhlein (113): 38-aarig, I grav. Efter Tangforløsning udvikler der sig en Febris puerperalis, der behandles saa energisk med Karboludskylninger, at der optræder Karbolfarvning af Urinen. I Tilslutning hertil faar Patienten 14 Dage efter Fødslens typiske Krampeanfald.

I eet Tilfælde kan det have drejet sig om Uræmi:

Meye (116): III grav. 15 Dage efter Fødslens pludselig Anfald. Død 26 Timer efter første Anfald. Sektion viser: »Nyrerne i andet Stadium af Mb. Brightii.« Der nævnes intet om anatomiske Tegn paa Eklampsii.

I 3 Tilfælde indtræder Krampeanfaldene under en Sepsis puerperalis:

Treub (174): Albuminuri før Fødslens. Denne forløber naturligt. I Barselsengen udvikler der sig dobbeltsidig Phlegmasia alba dolens. 14 Dage efter Fødslens pludselig Krampeanfald. Dør under Temperaturstigning 48 Timer efter første Anfald. Ingen Sektion.

Bienenfeld (16): 32-aarig, II grav. Normalt Svangerskab. Vanskelig Tangforløsning med stort Blodtab. I Tilslutning hertil udvikler der sig en Sepsis puerperalis med Temperatur indtil 39,4°. 5. og 6. Dag faar Patienten derfor 2 Elektrargolinjektioner. 10.—11. Dag klager Patienten over Hovedpine og bliver sløv og urolig. 12. Dag efter Fødslens pludselig 2 typiske, eklampsilignende Anfald. Der er nu 8‰ Alb. i Urinen. Ingen Ødemer. I Tilslutning til Anfaldene akut Psykose og senere Phlebitis. Helbredelse.

Thaler (172): 20-aarig, I grav. Normal Fødsel. 5. Dag efter denne stigende Feber, 8. Dag uklar, faar pludselig 2 eklampsilignende Anfald. Urin: 8‰ Alb. Under tiltagende Uklarhed og Lammelser dør Patienten

12. Dag. Sektion: »Kruppöse Endometritis der Placentarstelle«, Bækken-thromboser, Embolia a. pulm. Thrombosis af sinus falciformis major og sinus transversi. Spredte Hæmorrhagier og Emollitioner i Cerebrum.

Spørgsmaalet bliver: Kan en puerperal Infektion, ved Forandringer i Hjernen, alene fremkalde eklampsilignende Krampeanfald, eller spiller Infektionen en disponerende Rolle for Eklampsiens Udbrud, eventuelt ved Paavirkning af Nyrerne? Det mest sandsynlige er, at det første er Tilfældet, idet der i Thalers Tilfælde ingen Tegn fandtes til de typiske Eklampsiforandringer i Lever og Nyrer. Krampeanfaldene er da blot et enkelt Symptom paa en meningo-encephal Lokalisation af Betændelsesprocesserne.

Tilfælde, der ligner disse, men kun mangler typiske Kramper, er beskrevne af *Olshausen* (130) og *Schickele* (144).

Det ses altsaa, at Betændelsens Lokalisation i Hjernen kan frembringe Sygdomsbilleder, der baade kan ligne det præeklampsiske Stadium og utvivlsomt ogsaa fremkalde typiske Krampeanfald, der ikke kan være til at skelne fra typisk Eklampsi. Den ledsagende Albuminuri giver ingen Oplysninger, da den kan findes ved begge Tilstande. Om Blodtrykket er der intet oplyst i de nævnte Tilfælde, det er muligt, at man her kan faa Oplysninger, der er af Værdi for Differentialdiagnosen.

Særlige Forhold gør sig gældende i følgende Tilfælde:

Westermarck (182): I 4. Svangerskabsmaaned fødes en Mola hydatidosa. En Maaned senere udskræbes rigeligt Deciduavæv paa Grund af Blødning. 2 Maaneder efter Molas Fødsel pludselig Krampeanfald, ialt 52.

Westermarck anser Tilfældet for at være ægte Eklampsi og mener paa Grund af dette Tilfælde, at Eklampsien har sit Udgangspunkt i corpus luteum.

Som det saas under Undersøgelserne over Eklampsiens tidlige Udbrud i Svangerskabet, fandtes der ofte Mola som disponerende Moment; der synes altsaa ved denne Komplikation at gøre sig særlige Forhold gældende, men man forstaar derfor ganske vist ikke, hvordan Eklampsi kan komme til Udbrud saalænge efter Molas Udstødning, med mindre enten Dele af denne er retineret, eller der findes Metastaser, hvilket der ikke er noget Holdepunkt for.

I 8 Tilfælde er Oplysningerne saa sparsomme, at man intet kan sige om Diagnosens Rigtighed. Det er følgende:

Lantos (100): Krampeanfald 9 Dage efter Fødsel af macereret Barn. Helbredelse.

Hammerschlag (69): 20-aarig, I grav. Krampeanfald 5 Dage p. p.

Hammerschlag (69): 31-aarig, VI grav. Krampeanfald 9 Dage p. p.

Meyer-Wirz (118): 14 Dage p. p. Albuminuri og Hovedpine og 5—6 Anfald. Helbredelse.

Legroux (102): 19-aarig, I grav. 14 Dage p. p. Kramper hos chlorotisk Patient.

Leubuscher (107): Krampeanfald 8 Dage p. p. I Tilslutning hertil Psykose.

Moraweck (123): 33-aarig, IX grav. Pludselig Krampeanfald 9 Dage p. p. Efter disse Spor af Albumen i Urinen.

Büttner (25—26): 30-aarig, II grav. Før Fødslen Ødemer og Albuminuri. 14 Dage efter denne pludselig 2 Anfald. Helbredelse.

Tilbage bliver 4 Tilfælde, hvor det ikke kan udelukkes, at det drejer sig om ægte Eklampsi:

Goedecke (61): 21-aarig, I grav. Før Fødslen Albuminuri og Ødemer. 5 Dage efter Fødslen af døde Tvillinger tiltagende Ødemer, Synsforstyrrelser og nedsat Diurese. 7 Dage p. p. typiske Anfald efterfulgt af Coma og fuldstændig Amaurose. Helbredelse.

Clason (29): 20-aarig, I grav. Ved Fødslen 20‰ Alb. i Urinen, Blodtryk: 170 mm og subjektive Symptomer. Efter Fødslen fuldstændig symptomfri, uden Albuminuri, indtil der 11 Dage p. p. efter typiske Prodromer kommer et Krampeanfald ledsaget af Albuminuri og Hypertoni. Helbredelse.

Clason (29): 40-aarig, I grav. 15 Dage ante partum, 15‰ i Urinen, 150 mm Blodtryk og subjektive Symptomer. 19 Dage p. p. ialt 7 Anfald, efterfulgt af Coma. Helbredelse.

Albeck (3): 22-aarig, I grav. Ødemer, Hovedpine, Taagesyn og Albuminuri paa indtil 18‰ inden Fødslen. Symptomerne fortsat efter denne. 6. Dag typiske Anfald. Helbredelse.

Sammenfattende kan det altsaa siges om disse 23 Tilfælde, at Diagnosen er usikker i de 10, idet det i 4 Tilfælde antagelig drejer sig om Epilepsi eller Hysteri, i 1 Tilfælde om Uræmi, i 3 Tilfælde om Betændelsesprocesser i Hjernen og i 2 Tilfælde om Forgiftning.

I 1 Tilfælde er der Komplikation med Mola hydatidosa og i 8 Tilfælde er Oplysningerne for sparsomme til nogen Afgørelse.

Tilbage bliver kun 4 Tilfælde, der synes typiske, og hvor ingen anden Forklaring kan gives paa Anfaldene.

I Betragtning af de Tusinder af Eklampsier, der er iagttagne, synes det, at virkelig sikre, sene Barselsengseklampsier er saa yderligt sjældne, at man har Lov til at antage, at der ogsaa i disse gør sig særlige Forhold gældende. De sene Barselsengseklampsier kan derfor næppe tale mod Teorierne om, at Eklampsiens Aarsag er at søge i Ægget.

*Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud i Barselsengen
og Mortaliteten.*

I Tabel 85 er samlet de tidligere Beregninger af Mortaliteten efter Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud i Barselsengen. Adskillelsen mellem Eklampsi udbrudt i Efterbyrdsperioden og efter Efterbyrdens Fødsel i Barselsengen er ikke tidligere gennemført. Kun i *Leidenius'* Tilfælde (103) kan man formode, at de Tilfælde der er udbrudt mindre end 1 Time efter Barnets Fødsel, for en Del kan have været Efterbyrdseklampsier. Deles derfor paa Grundlag heraf hans Tilfælde i Efterbyrds- og Barselsengseklampsier, faas en Mortalitet paa henholdsvis 16,7 og 14,3 %. Forskellen er ikke stor, men gaar dog i Retning af at vise den samme Forskel som i vort Materiale.

Resultaterne er iøvrigt meget afvigende. I *Lantos* (100), *Löhleins* (113) og *Zweifels* (197) Materialer er Mortaliteten størst i de første Timer efter Fødslen, idet alle de Døde findes i Gruppen: De inden 6 Timer p. p. udbrudte Eklampsier.

Til det modsatte Resultat kommer *Goedecke* (61), *Olshausen* (130) og *Thaler* (172).

Clason (29) og *Gröné* (64) finder størst Mortalitet i Tidsrummene under 6 og over 12 Timer p. p. og mindre Mortalitet i det mellemliggende Tidsrum.

Af vort Materiale synes at fremgaa, uden at der dog er Sikkerhed herfor, at Mortaliteten er størst i de første Timer p. p. (Tabel 86), svarende til at Mortaliteten er større i Efterbyrdsperioden end i Barselsengen. Naar man tænker paa, at Faren ved Eklampsi angives at være Hjerteinsufficiens, forstaas det, at netop Efterbyrdsperioden er saa farlig, idet dette ogsaa er det farlige Tidspunkt ved Hjertelidelser.

Tabel 85.

Barselsengseklampsiens Mortalitet.

	Timer				Døgn			
	1-3	3-6	6-12	12-24	2	4	5	9
	ialt †	ialt †	ialt †	ialt †	ialt †	ialt †	ialt †	ialt †
Lantos	3—0	1—1	1—0		1—0	1—0		1—0
Löhlein . . .	4—1		1—0	1—0	1—0		1—0	
Zweifel . . .	4—1	2—1	3—0	1—0	2—0			
ialt	11—2	3—2	5—0	2—0	4—0	1—0	1—0	1—0

	Timer					
	1-3	3-6	6-10	10-15	over 15	sene
Goedecke	17—2	11—1	7—1	10—3	4—1	2—0
(Mort.)	11,8 ‰	9,1 ‰	14,3 ‰	33,3 ‰	25 ‰	0 ‰

	Timer					Døgn
	under 1	1-5	6-10	11-18	23-30	2
Leidenius . . .	6—1	21—1	10—2	5—1	4—2	2—0
(Mort.)	16,7 ‰	4,8 ‰	20 ‰	20 ‰	50 ‰	0 ‰

	Timer		
	under 6	6-12	over 12
Clason + Grøné . . .	53—4	31—2	29—3
(Mort.)	9,4 ‰	6,5 ‰	10,3 ‰

	Timer	
	under 3	over 3
Olshausen	14—2	14—5
(Mort.)	14,3 %	35,7 %
Thaler	41—2	40—11
(Mort.)	4,7 %	17,5 %
Esch	52—10	0—0
(Mort.)	19,2 %	0 %

Tabel 86.

	Timer			Døgn	
	1-6	7-12	13-24	2-3	over 4
	ialt †	ialt †	ialt †	ialt †	ialt †
(Mort.)	50—10	20—1	18—2	4—1	3—0
	20 ‰	5 ‰	11,1 ‰	25 ‰	0 ‰
7,8 %					

Middelfejlsberegning: $\text{Diff.} = 20 \div 7,8 = 12,2$, Mdf. 6,8.

Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud og Mortaliteten.

Sammenfattes Mortaliteten i de forskellige Perioder faas Tallene i Tabel 87.

Tabel 87.

	Ekl. ialt	P. Døde	Mort. i %	Ekl. ialt	S. Døde	Mort. i %
Svangersk.	4	0	0	360	82	22,8
Udv.tid	25	8	32,0	156	25	16,0
Uddr.tid	61	5	8,2	98	12	12,2
Efterb.per.	14	2	14,3	37	9	24,3
Barselseng	11	3	27,3	91	14	15,4
		St.			ialt	
Svangersk.	125	21	16,8	489	103	21,1
Udv.tid	124	12	9,8	305	45	14,8
Uddr.tid	85	1	1,2	244	18	7,4
Efterb.per.	20	2	10,0	71	13	18,3
Barselseng	74	2	2,7	176	19	10,8
		Ialt				
ante partum ...	489	103	21,1			
sub — ...	549	63	11,5			
post — ...	247	32	13,0			

Som i alle andre Statistiker fra den senere Tid er Mortaliteten lavest ved Udbrud under Fødslen og højest ved Udbrud i Svangerskabet.

Hos de under Fødslen udbrudte er Mortaliteten dobbelt saa stor i Udvidnings- som i Uddrivningstiden, og ligeledes omtrent dobbelt saa stor i Efterbyrdsperioden som i den egentlige Barselseng.

Disse Forhold er ens baade for Sygehuse og Stiftelser. For disse sidste er det særlig bemærkelsesværdigt, at der kun dør 1 af 85 Tilfælde udbrudte i Uddrivningstiden, og kun 2 af 74 Barselsengseklampsier, hvilken sidste lave Mortalitet svarer til de tidligere af *Hauch* gjorde Erfaringer (74).

Middelfejlsberegning paa de vigtigste af disse Differenser viser, at den sikreste Forskel er den mellem den høje Mortalitet ved Svangerskabseklampsi og den lavere Mortalitet i de øvrige Perioder.

Differense mellem		Middelfejl		
Svangersk. — Udvidn.tid	= 6,3 %	2,7 %	2,3 × μ	
Udvidn. — Uddrivn.tid	= 7,4 %	2,6 %	2,8 × μ	
Svangersk. — Uddrivn.tid	= 13,7 %	2,5 %	5,5 × μ	
Svangersk. — Barselseng	= 10,3 %	3,0 %	3,4 × μ	
Efterb.per. — Barselseng	= 7,5 %	5,2 %	1,4 × μ	
ante — sub partum udbrudte	= 9,6 %	3,3 %	4,2 × μ	
» — post » »	= 8,1 %	2,8 %	2,9 × μ	
sub — post » »	= 1,5 %	2,5 %	0,6 × μ	

Krampeanfald.

Som det mest iøjnefaldende Symptom har Krampeanfaldene altid tildraget sig megen Opmærksomhed. Den simple kliniske Erfaring lærer hurtigt, at Anfaldenes Antal og Hyppighed spiller en stor Rolle for Sygdomsforløbet, og dette bestyrkes ogsaa af alle statistiske Undersøgelser.

Da nu Behandlingen af Eklampsien, paa Grund af vort Ukendskab til Sygdommens Aarsag, foreløbig er rent empirisk, symptomatisk, er det let forstaaeligt, at de forskellige Behandlingsmaaders Effektivitet er blevet bedømt ved deres Evne til at bringe Anfaldene til Ophør. Tilhængerne af de aktivt forløsende Metoder anfører saaledes, at Anfaldene hyppigst ophører ved Fødslen, hvorfor en Afslutning af denne hurtigst muligt maa blive det mest rationelle.

Ved Beregning af Behandlingsresultaterne efter det Antal Krampeanfald Patienterne har haft inden Behandlingens Begyndelse, naaede man derefter til at paavise, at jo færre Anfald Patienterne havde haft inden denne, des bedre blev Resultaterne, hvorfor Parolen: »Frühbehandlung« blev givet.

Herimod har dog Tilhængerne af de konservative Metoder med Rette indvendt, at 1) Anfaldene ved passende Behandling ogsaa kan bringes til Ophør inden Fødslen og at 2) ogsaa de konservative Metoder har de bedste Resultater ved tidlig Instituering af Behandlingen, som overhovedet ved Behandlingen af enhver Sygdom.

De tidligere saa hyppige Beregninger af Anfaldenes Antal spiller derfor ikke den Rolle mere, som de har gjort, og lader sig

næppe anvende til Fordel for den ene eller den anden Behandlingsmaade. Her kan alene Mortalitetsberegningerne give de nødvendige Oplysninger.

Paa Tabel 88 er Patienternes Antal Anfald opgjort. Ved Sammenligning med Tabel 89 over tidligere Undersøgeses Resultater ses, at vore Patienter gennemsnitlig har et færre Antal Anfald, idet kun ca. en Fjerdedel har over 5. I Samlestatistiken har mere end Halvdelen over dette Antal.

Endvidere ses, at Sygehusenes Patienter gennemgaaende har et noget større Antal Anfald end Stiftelsernes, hvilket antagelig skyldes, at de kommer senere til Behandling. Af Sygehusenes Patienter har saaledes 28,3 % over 5 Anfald før Behandlingens Begyndelse, af Stiftelsernes Patienter kun 9 %.

At Sygehusenes Tilfælde derfor ikke behøver at være alvorligere, fremgaar dog af, at Anfaldene noget hyppigere ophører efter Behandlingens Begyndelse blandt Sygehusenes Patienter, end blandt Stiftelsernes, hvortil dog nok ogsaa bidrager, at Sygehusenes Behandling gennemgaaende er mere aktiv forløsende.

Hvorvidt Behandlingen spiller en Rolle for Anfaldenes Ophør er vanskeligt at se af Materialet. Ganske vist har Patienterne paa Fødselsanstalten i Aarhus, ved udpræget aktiv Behandling, kun i 23 % Anfald efter dennes Begyndelse, men for Righospitalets Fødeafdeling B er samme Tal ved en mere afventende Behandling kun 26 %.

Disse Tal er noget mindre end de fleste tidligere fundne. *Hinselmann* (80) har saaledes beregnet af forskellige Statistiker, at hos 2275 Patienter ophører Anfaldene kun i ca. 50 % efter Fødslen.

Tabel 88.

Antal Pat. med ? Anfald					Antal Pat. med Anfald efter Behandl. Beg.			
	P.	S.	St.	ialt	P.	S.	St.	ialt
1—5	76	426	341	843	21	131	130	282
6—10	5	98	66	169	1	19	13	33
11—15	1	20	14	35	0	4	4	8
16—20	0	8	4	12	0	0	1	1
21—25	1	4	1	6	1	0	1	2
> 25	0	5	0	5	0	2	0	2
talrige	13	117	2	132	8	54	1	63
i %					32.3	31.0	35.0	32.5

	P.	S.	St.	ialt
under 5 Anfald	79,2 %	62,8 %	79,7 %	78,8 %
over —	20,8 %	37,2 %	20,3 %	21,2 %

Tabel 89.

Ant. Anfald	1—5	6—10	11—15	16—20	21—25	> 25
Lantos	22	5	4	3	2	2
Casamayor . . .	30	23	12	22	4	4
Goldberg	31	18	11	2	5	3
Schreiber	67	18	17	12	5	7
Schlesinger . . .	21	27	7	9	3	1
Dührssen	95	46	9	6	1	1
Glockner	49	26	17	14	8	33
Meyer-Wirz . . .	58	29	4	7	3	1
Esch	186	123	80	49	17	18
Seitz	47	37	2	8	8	6
Lichtenstein . .	130	68	51	36	30	61
Greenhill	62	7	3	3	2	1
ialt	798	427	217	171	88	138
i %	43,4	23,2	11,8	9,3	4,8	7,5
Danmark	843	169	35	12	6	5
i %	78,8	15,8	3,2	1,1	0,6	0,5

Af tidligere Undersøgelser over Betydningen af Behandlingen for Anfaldenes Ophør kan nævnes følgende:

Tabel 90.

Ophør i ? % af Tilf.	ved spontan Fødsel	ved Forløsning
Olshausen	41,2 %	30 %
Goedecke	42,3 %	39,2 %
Esch	37,7 %	48,3 %

Lichtenstein (106) finder gennemsnitlig 5,1 Anfald hos Patienterne ved ekspektativ Behandling, mod tidligere paa samme Afdeling 13,5 ved aktiv Therapi.

At disse Tal ikke spiller nogen større Rolle for Resultaterne ses af *Freunds* Tal (49):

	Svangerskab	Fødsel
Anfald ophørt i	46,5 %	34 %
Mortalitet her	25 %	11,8 %
Anfald fortsat i	53,5 %	66 %
Mortalitet her	13 %	8,8 %

Af Tabel 91 ses, at Anfaldenes Antal som venteligt er mindst ved Eklampsiens Udbrud i Uddrivningsperioden og størst ved Udbrud i Svangerskabet. Ikke meget mindre end det sidste er dog Antallet i Efterbyrdsperiode og Barselseng.

T a b e l 91.

	Svangersk.	Udv.tid	Uddr.tid	Efterb. per	Barsels.
Under 5 Anfald. . .	62,7 %	71,3 %	84,0 %	68,7 %	72,1 %
Over — . . .	37,3 %	28,7 %	16,0 %	31,3 %	27,9 %

Af Tabel 92 ses, at Antallet af Anfald falder med Alderen. Dette Faktum er mod Forventning, idet de Unge fortrinsvis faar Eklampsi i Uddrivningstiden, hvor Anfaldene er færrest. Samt at Anfaldene synes omtrent lige hyppige hos Første- og Flergangs-fødende (Tabel 93).

T a b e l 92.

Alder	Ptt. ialt	Ptt. med over 5 Anfald	sidste i %
15—19	138	53	38,4
20—24	301	103	34,2
25—29	273	81	29,4
30—34	189	48	25,4
35—39	126	35	27,8
over 40	80	22	27,5

Den største Differense er 13 %. Middelfejlen paa denne er 5,2 og Forskellen kan altsaa være tilfældig, men den regelmæssige Aftagen med Alderen taler dog herimod.

T a b e l 93.

Ptt. ialt	I grav. Ptt. m. over 5 Anfald	i 0/0	Ptt. ialt	∞ grav. Ptt. m. over 5 Anfald	i 0/0
788	225	28,6	373	117	31,4

Differensen er 2,8 % og Middelfejlen paa denne 2,9.

I Tabel 94 er Alderens Indflydelse paa Anfaldshyppigheden undersøgt særskilt for Første- og Flergangsfødende, og det ses da, at i begge Grupper falder Hyppigheden med Aarene. Man kunde da tænke sig, at dette Forhold skyldes, at Stiftelsernes Patienter med deres større Anfaldshyppighed overvejende var de unge Patienter og derved forrykkede Totalforholdet. Som det ses af Tabellen er Variationerne dog ens for Sygehuse og Stiftelser. En Forklaring er derfor vanskelig at give.

T a b e l 94.

Procentantal Ptt. med over 5 Anfald.

	I grav.			∞ grav.		
	S.	St.	ialt	S.	St.	ialt
15—19	54,0	24,3	39,1			
20—24	48,9	15,9	31,9	64,7	28,6	52,0
25—29	31,0	20,3	27,7	38,5	27,3	32,0
30—34	23,1	13,7	16,4	35,6	21,4	33,7
35—39	15,8	8,3	14,3	31,9	30,0	28,9
40—45	22,2	40,0	16,7	27,9	38,9	29,2

Man vil vente at finde en vis Korrelation mellem Antallet af Anfald og Symptomernes Styrke. En saadan synes, som det ses af Tabel 95, at være mest udtalt for Albuminuriens Vedkommende.

For Blodtrykkets Vedkommende synes Sammenhængen mindre udtalt (Tabel 96), dette er dog kun tilsyneladende og skyldes, at Alderens Indflydelse paa Antal Anfald og Blodtryk er modsat-gaaende. I Tabel 97 er derfor beregnet Sammenhæng mellem Antal Anfald og Blodtryk særskilt for Unge og Ældre, og det ses da tydeligt, at i begge Grupper stiger Anfaldenes Antal med stigende Blodtryk.

T a b e l 95.

Antal Patienter med

Alb. i ‰	under 5 Anfald		over 5 Anfald	
	ialt		ialt	i ‰
÷	36		7	16,3
Spor	27		6	18,2
< 1	39		13	25,0
1—10	240		87	26,6
11—20	150		60	28,6
21—30	58		18	23,7
31—40	17		10	37,0
41—50	5		6	54,5
> 50	8		4	50,0

T a b e l 96.

Antal Anfald og Blodtryk

Blodtryk	Under 5 Anf.		Over 5 Anf.		Mdf.
	Ptt. ialt	i ‰	Ptt. ialt	i ‰	
< 100	3	60,0	2	40,0	
100—124	36	78,3	10	21,7	
125—149	129	73,7	46	26,3	
150—174	177	75,3	58	24,7	
175—199	110	73,8	39	26,2	
> 200	50	64,1	28	35,9	
	Ptt. ialt	med >5 Anf.	i ‰	Diff.	
Over 175 mm	237	67	28,2	> 3,0	3,6
Under 175 mm	461	116	25,2		

T a b e l 97.

	Under 25 Aar			Over 25 Aar		
	Ptt. ialt	> 5 Anf.	i ‰	Ptt. ialt	> 5 Anf.	i ‰
< 175 mm	224	64	28,6	221	50	22,6
> 175 mm	74	26	35,1	159	45	28,3
Differense			6,5			5,7
Middelfejl			6,3			4,5

Som tidligere nævnt er det en kendt Sag, at Mortaliteten stiger stærkt med stigende Antal Anfald. Af Tabel 98 ses den udtalte Stigning i vort Materiale. Særlig udtalt er Stigningen, naar de 10 Anfald passeres. Under 10 Anfald er Mortaliteten 10,1 %, over 10 Anfald tilsvarende 40 %. Hvor alvorlig en Prognose et

stort Antal Anfald giver, viser særlig Stiftelsernes Materiale; af Patienter med over 15 Anfald dør her alle, undtagen een.

T a b e l 98.
Antal Anfald og Mortalitet.

Anfald	Ptt. ialt	Døde Ptt.	Mort. i %
1—5	843	78	9,3
6—10	169	24	14,2
11—15	35	12	34,3
16—20	12	6	50,0
21—25	6	3	50,0
26—30	5	4	80,0
talrige	132	51	38,6

Differensen mellem Mortaliteten i første og sidste Gruppe er 29,3 % med en Middelfejl paa $4,4 : 6,7 \times \mu$.

Til Sammenligning ses Tallene fra tidligere Undersøgere, der har brugt samme Inddelingsmaade (Tabel 99).

T a b e l 99.						
Anfald	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	over 25
Lantos	22- 1	5- 2	4- 2	3- 1	2- 1	2- 2
Goldberg ...	31- 1	18- 3	11- 5	2- 2	5- 3	3- 2
Dührssen ..	95-13	46-10	9- 3	6- 1	1- 0	1- 1
Schreiber ..	67- 3	18- 6	17- 4	12- 4	5- 2	7- 3
Meyer-Wirz .	58- 8	29- 8	4- 2	7- 4	3- 2	1- 1
Seitz	47- 8	37- 6	12- 3	8- 3	8- 2	6- 0
Esch	186-21	123-14	80-21	49-14	17- 8	18-11
Lichtenstein .	130- 8	67-17	51-10	36- 4	30- 6	61-20
Greenhill ...	62- 3	7- 1	3- 1	3- 0	2- 1	1- 0
ialt....	698-66	350-67	191-51	126-33	73-25	100-40
Mort. i %	9,5	19,1	26,7	26,2	34,2	40,0

En Del Undersøgere har brugt en Beregning af de helbredte og de døde Patienters gennemsnitlige Antal Anfald, saaledes *Eden* (38), der finder følgende ved den store engelske Optælling i 1922:

	Gennemsnitligt Antal Anfald	
	for levende	for døde Ptt.
London	6,8	12,7
Edinburgh	6,1	10,0
Dublin	6,4	10,0
Midland	7,3	14,5

Resultatet bliver det samme, jo flere Anfald, des alvorligere Prognose.

Albuminuri.

Albuminuriens Styrke hos de forskellige Patienter i vort Materiale ses af Tabel 100.

Tabel 100.

Alb.	P.	S.		St.		ialt	
	Ptt. ialt	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %
÷	3	19	4,8	16	4,4	38	4,8
Spor	1	18	4,6	20	5,5	39	5,0
< 1 ‰	0	24	6,1	24	6,6	48	6,1
1—10 ‰	24	178	44,9	139	38,5	341	43,3
11—20 ‰	1	106	26,8	88	24,3	195	24,8
21—30 ‰	0	27	6,8	47	13,0	74	9,5
31—40 ‰	0	8	2,0	16	4,4	24	3,0
41—50 ‰	0	4	1,0	8	2,2	12	1,5
> 50 ‰	0	12	3,0	4	1,1	16	2,0
+ Alb.	28	111		59		198	
Ptt. ialt. . . .	57	507		421		985	

Som det ses, er der hos saa godt som alle Stiftelsernes Patienter Oplysninger om Urinfundet. Fra Sygehusene mangler Oplysninger i ca. $\frac{1}{3}$ af Tilfældene. Undersøgelserne er kvantitative i ca. $\frac{6}{7}$ af Stiftelsernes og i ca. $\frac{4}{5}$ af Sygehusenes Materiale.

Det ses ligeledes, at der hyppigst findes mellem 1 og 10 ‰ Alb. i Urinen, og at Fordelingen er næsten fuldstændig ens i Sygehusenes og i Stiftelsernes Materiale.

Den fundne Fordeling svarer fuldstændig til de tidligere af andre fundne Tal (Tabel 101).

Tabel 101.

Alb.	Glockner	Albeck	Lichtensten	ialt i %	
÷	0	1	19	20	3,3
Spor	11	—	31	44	7,2
< 1 ‰	12	3	24	39	6,4
1—10 ‰	57	33	171	261	42,9
11—20 ‰	35	27	85	147	24,1
over 20 ‰	18	28	52	98	16,1

4,8 % af samtlige vore Patienter er albumenfri. Tallet er omtrent ens for Sygehuse og Stiftelser og derfor næppe tilfældigt. Ialtfald for Stiftelsernes Patienter gælder det, at vi ved, at disse altid har været undersøgt gentagne Gange, saaledes at lettere, forbigaaende Albuminurier næppe kan have været overset.

Albumenfri Tilfælde gaar dog igen i alle Statistiker. *Ingerslev* (85) kunde saaledes allerede i 1879 samle 106 Tilfælde, hvoraf dog mange sikkert er tvivlsomme. *Ingerslev* har selv 6 albumenfri blandt 77 Tilfælde. 3 af disse er dog øjensynligt Epilepsier.

Siden *Ingerslevs* Tid foreligger følgende Statistiker (Tabel 102), foruden en Del isoleret meddelte Tilfælde.

Det samlede Antal af albumenfri Tilfælde synes altsaa mindre end vort, men iøvrigt har kun een Statistik (*Glockners*) (60) overhovedet ingen albumenfri Tilfælde.

Spørgsmaalet bliver nu om disse albumenfri Tilfælde overhovedet er ægte Eklampsier. Af andre Lidelser, hvormed der kan ske Forveksling, findes først og fremmest Epilepsi, paa Grund af dennes relative Hyppighed og Anfaldenes fuldstændige Lighed med de eklampiske.

T a b e l 1 0 2.

	Alb.-fri Tilf.	Ptt. ialt	Alb.-fri i %
Ingerslev	3	77	3,9
Löhlein	4	106	3,8
Goldberg	7	76	9,2
Olshausen	1	168	0,6
Schreiber	8	110	7,3
Glockner	0	133	0,0
Büttner	3	78	3,8
Meyer-Wirz	2	117	1,7
Aal	2	161	1,2
Esch	7	451	1,6
Steinberg	3	340	0,8
Albeck	1	92	1,1
Lichtenstein	1	379	0,3
Eden	2	383	0,5
Leidenius	19	204	9,3
Greenhill	1	77	1,3
Klaften	2	178	0,6
ialt....	66	3130	2,1

Særlig *Zweifel* (199) har gjort opmærksom paa Epilepsiens Forekomst ved Svangerskab og Fødsel. I samme Tidsrum hvor han har iagttaget 750 Eklampsitilfælde er det dog kun lykkedes ham at finde 11 Tilfælde af Epilepsi, hvilket altsaa er sjældnere end de albumenfri Tilfælde.

Albeck (6) finder paa den jyske Fødselsanstalt blandt ca. 16,000 Fødsler 141 Tilfælde af Eklampsi og 73 Tilfælde af Epilepsi.

Langt de fleste Tilfælde af Epilepsi vil dog, naar man tænker paa Muligheden deraf, kunne opdages paa Grund af Tilstedeværelsen af tidligere Anfald. Større Vanskelighed opstaar, naar Epilepsien, som i *Ahlfelds* (2) og *Glockners* (60) Tilfælde, første Gang optræder i Svangerskabet og først afslører sig ved fortsatte Anfald i Aarene efter Fødslen, men disse Tilfælde maa anses for at være extrem sjældne.

Af andre Lidelser, der kan give Krampeanfald, kan Hysteri næppe give Anledning til Forveksling paa Grund af Krampernes forskellige Natur og den manglende Bevidstløshed.

Enkelte observerede Tilfælde af Centralnervesystemslidelser, som Gliom, Cysticercer og lignende, er saa sjældne, at de kan lades ude af Betragtning. De observerede Tilfælde har yderligere haft Albuminuri.

Man maa altsaa væsentligst tænke paa Epilepsi, der hyppigst er albumenfri, selvom der kan optræde Spor af Albumen i Urinen efter Anfaldene.

Jeg har derfor prøvet nærmere at undersøge de i vort Materiale forekommende 38 Tilfælde. Hos ingen af disse findes anamnestiske Oplysninger om tidligere Krampeanfald. Hvad angaar specielle Symptomer paa Eklampsi, saa findes Blodtrykket (Tabel 103) ganske vist gennemgaaende lavere end i det øvrige Materiale. Men henved Halvdelen har dog tydelig forhøjet Blodtryk, selvom ingen naar over den farlige Grænse: 175 mm.

T a b e l 103.

Blodtryk	Antal Ptt.
100—124	7
125—149	6
150—174	11
over 175	0

Antallet af Anfald er gennemgaaende ret lille, idet kun 6 har over 5 Anfald. Dette passer ligesom Blodtryksværdierne bedre med, at det drejer sig om lette Eklampsitilfælde end om Epilepsi, hvor der ofte ses et kolosalt stort Antal Anfald, indtil flere Hundrede. Tilfældenes Fordeling efter Tidspunktet for Anfaldenes Udbrud svarer ogsaa til Fordelingen af de letteste Tilfælde, idet 22 % udbryder i Svangerskabet, 34 % ved Fødslen og 44 % efter denne. Medens Epilepsi angives at udbryde hyppigere i Svangerskabet end under Fødslen.

Af de 38 Patienter er 4 døde, alle blandt Sygehusenes Patienter (af disse er een død efter vaginalt Kejsersnit, een efter Vending og Fremtrækning og 2 efter Stroganoffs Behandling). Mortaliteten i denne Gruppe bliver derved 10,6 %, hvilket nok er lavere end Totalmortaliteten, svarende til at det synes at være lettere Tilfælde; men højere end Mortaliteten i Tilfælde, hvor der kun findes Spor af Albumen i Urinen, og større end det kan tænkes ved Epilepsi. Antallet af Anfald hos disse Patienter har ikke været særlig stort, i Modsætning til de Tilfælde af Epilepsi, der fører til Døden, hvor der ofte findes i hundredvis af Anfald.

Alt i alt maa det saaledes siges, at det ikke er sandsynligt, at der skjuler sig forkerte Diagnoser i de albumenfri Eklamptikeres Gruppe og selv om der gjorde det, vilde deres ringe Antal ikke være i Stand til at paavirke de statistiske Undersøgelseres Resultater.

Tabel 77 (S. 83) viste Alderens Indflydelse paa Albuminurien. Det saas at de lette Albuminurier var relativt hyppigere hos de Unge, og at Antallet af svære Albuminurier tiltog noget med Alderen.

Af Tabel 75 (S. 83) saas, at Fødselstallet ikke spillede nogen større Rolle for Albuminuriens Styrke. Samme Resultat kommer *Leidenius* (103) til Tabel 104).

T a b e l 104

Alb.	I grav.		∞ grav.	
	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %
÷	15	10,2	4	7,0
lidt	13	8,8	10	17,5
meget	119	80,9	43	75,4

Alb.	Mort.
÷	0,0 %
lidt	8,0 %
meget	14,0 %
maksimal	25,3 %

Ødemer.

I vort Materiale findes ingen Angivelser om Ødemers Tilstedeværelse og Grad. For at undersøge om dette er en Mangel, naar man vil forsøge en Vurdering af Tilfældenes Alvorlighed, har jeg undersøgt Fødeafdeling B.'s Materiale nærmere med Henblik herpaa.

Hos 273 Patienter findes Oplysninger, af disse har 47 (eller ialt 27,2 %) ingen Ødemer. Dette Tal er ret stort i Betragtning af den Rolle Ødemet spiller i nyere Teorier om Sygdommens Ætiologi. (Zangemeister (194)). Undersøger man, hvilke Tal herfor andre tidligere har fundet, ses det, at Angivelserne er ret varierende, som de maa blive det, hvor Overgangen mellem fysiologisk og patologisk er saa flydende, som her (Tabel 106).

T a b e l 1 0 6.

	Ptt. ialt	uden Ødemer	i %
Ingerslev	93	22	23,7
Goldberg	81	40	49,4
Glockner			23,6
Goedecke			15,3
Schlesinger	69	2	2,9
Steinberg	340	10	3,0
Esch	254	64	25,2
Zangemeister	23	8	34,8
Finch			20,0
Eden	303	51	16,8
Lichtenstein	400	258	64,5
Heynemann	56	9	16,1
Leidenius			26,0
ialt	1619	464	28,7

Angivelserne varierer fra 2,9 til 64,5 %. Sammenlagt er Hyp-pigheden 28,7 %, altsaa som i vort Materiale.

Fordelingen i vort Materiale efter Ødemernes Grad er iøvrigt følgende:

T a b e l 107.

	÷	(lette af crura) +	(af crura og Ansigt) ++	(uni- verselle) +++
Ptt. ialt	47	54	61	11
i %	27,1	31,2	35,3	6,4

Korrelationen mellem Ødemer og Albuminuriens Grad ses af Tabel 108.

T a b e l 108.

Antal Patienter.

Alb.	ialt	uden i ‰	m. pathol. Ødemer ialt	i ‰
÷	5	100,0	0	0,0
< 1 ‰	21	95,5	1	4,5
1—10 ‰	41	66,1	21	33,9
11—20 ‰	14	41,2	20	58,8
21—30 ‰	6	26,1	17	73,9
> 30 ‰	5	35,7	9	64,3
< 10 ‰	67	75,3	22	24,7
> 10 ‰	25	35,2	46	64,8

Ingen af de albumenfri Tilfælde har pathologiske Ødemer, iøvrigt stiger Ødemernes Grad proportionalt med Albuminurien, dog kan der selv i de sværeste Tilfælde mangle pathologiske Ødemer.

Dette Forhold siger selvfølgelig intet om, hvilket af de 2 Symptomer der er det primære, men for en statistisk Undersøgelse som den foreliggende, er det tilstrækkeligt at konstatere Korrelationen, og da Albuminurien giver et nøjagtigere, kvantitativt Maal, spiller det ingen Rolle, at vi ingen Oplysninger har om Ødemernes Grad.

Korrelationen mellem Blodtryk og Ødemgrad er mindre ud-
talt. Af Patienter med under 175 mm Blodtryk har 39,3 % patho-
logiske Ødemer, ved Blodtryk over 175 mm har 47,1 % patho-
logiske Ødemer.

Ødemernes Grad angives almindeligt at være uden Betydning for Prognosen. De faa Opgivelser, der foreligger herom, er divergerende.

Ingerslev (85) finder ved ødemfri Tilfælde en Mortalitet paa 45,4 %. Ved partielle Ødemer: 34 %, og ved universelle Ødemer en Mortalitet paa 29,2 %. I samme Retning gaar *Edens* (38) Tal: henholdsvis 29,4 — 15,4 — 16,3 %, samt *Goldbergs* (62): 39 — 29 — 0 %.

Vore Tal viser det modsatte (Tabel 109):

T a b e l 109.
Ødemgrad og Mortalitet.

Ødemer	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Diff.	Mdf.
÷	39	1	2,6	} 4,3 > 8,9	7,9
+	53	3	5,6		
++	58	7	12,1		
+++	10	2	20,0		

Til samme Resultat som vi kommer *Miller* (121), der finder Mortalitet: 24 % ved ødemfri Tilfælde og 30 % ved stærke Ødemer; samt *Meyer-Wirz* (118), der ved samtlige Tilfælde med Ødemer finder en Mortalitet paa 39 % og 44 % Mortalitet ved stærke Ødemer.

Blodtryk.

Blodtryksværdierne ses af Tabel 110.

Blodtryk	S.		St.		ialt	
	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %
< 100	1	0,5	4	1,0	5	0,8
100—124	18	8,4	30	7,1	48	7,5
125—149	53	24,6	106	25,2	159	24,8
150—174	68	31,6	150	35,6	222	34,7
175—199	42	19,5	88	20,9	130	20,3
200—224	27	12,6	34	8,1	61	9,5
225—249	6	2,8	8	1,9	14	2,2
250—274	0	—	1	0,2	1	0,2
ialt	215	100,0	421	100,0	640	100,0
Over 175 mm .	75	35,9	131	31,1	206	32,2

Som det ses, findes Oplysninger om Blodtrykkets Højde for saa godt som alle Stiftelsernes Patienter, medens det for Sygehusenes Patienter kun er kendt i ca. en Trediedel af Tilfældene.

Fordelingen er næsten ganske ens i Sygehusenes og Stiftelsernes Materiale. Kun er der maaske nogle flere af de sværeste Hypertonier blandt Sygehusenes Patienter, antagelig paa Grund af disses gennemsnitlig højere Alder.

Hyppigst er et Blodtryk mellem 150 og 175 mm. Ca. en Fjerdedel har kun mellem 125 — 150 mm og godt 8 % har under 125 mm.

Spørgsmaalet bliver da: Ved hvilken Blodtryksværdi begynder Faren for Eklampsi? Grænsen sættes almindeligst til 120—130 mm, hvorefter dog ikke følger, at man ikke kan se højere Blodtryksværdier uden Eklampsi.

Af en Tabel, *Albeck* har meddelt (5), ses saaledes, at med et Blodtryk paa under 120 mm faar ingen Patienter Eklampsi, og med et Blodtryk paa over 160 mm faar 74 % af Patienterne Eklampsi eller truende Eklampsi.

Selv om mange, bl. a. *de Snöo* (156) hævder, at Eklampsi altid er ledsaget af Hypertoni, tyder vore Tal ikke herpaa, idet der ingen Holdepunkter er for, at de Tilfælde med lavt Blodtryk, som vi har, ikke er ægte Eklampsier.

Af de 5 Patienter, der havde under 100 mm Blodtryk, døde de 2. Hos begge fandtes typiske eklamptiske Organforandringer ved Sektionen. Hos den ene fandtes tillige universel Anæmi af Organerne, denne Anæmi kan maaske give en Forklaring paa det lave Blodtryk.

En anden Mulighed er, at det i disse Tilfælde kan have drejet sig om en sekundær Kredsløbsinsufficiens. Herpaa kan tyde, at Mortaliteten er saa mærkværdig stor i denne Gruppe af Patienter baade i vort og i andres Materiale.

Blodtrykket blandt vore Patienter er som venteligt stærkt stigende med Alderen (Tabel 78, Side 84). Medens blandt de yngste kun 18,5 % har over den farlige Grænse: 175 mm, har blandt de Ældste 66,6 % over denne Værdi.

Den samme Forskel findes mellem Første- og Flergangs-fødende (Tabel 76, Side 83); blandt de første har 28 % over 175 mm, blandt de sidste 46,9 %.

Mortalitetens Afhængighed af Blodtrykket ses af Tabel 111. Som tidligere nævnt er Mortaliteten stor ved et Blodtryk under 100 mm. Det samme har *Heynemann* (79) iagttaget: blandt 8 Patienter med Blodtryk under 135 mm dør de 3. Iøvrigt er i vort Materiale Mortaliteten direkte proportional med Blodtrykket, stigende fra 8,3 % til 57,1 %. Det ses, at Stigningen i Mortalitet er særlig udtalt, naar Blodtrykket overstiger 175 mm, hvilket altsaa maa sættes som den farlige Grænse.

T a b e l 111.
Blodtryk og Mortalitet.

	P.		St.		i %
	ialt	Døde	ialt	Døde	
< 100 mm	—	—	1	1	(100,0)
100—124 -	—	—	18	3	16,7
125—140 -	—	—	53	20	37,7
150—174 -	4	0	68	15	22,1
175—199 -	—	—	42	17	40,5
200—224 -	—	—	27	10	37,0
> 225 -	—	—	6	6	100,0

	St.			ialt			
	ialt	Døde	i %	ialt	Døde	i %	
< 100 mm	4	1	25,0	5	2	40,0	} 11,3
100—124 -	30	1	3,3	48	4	8,3	
125—149 -	106	5	5,7	159	26	16,4	
150—174 -	150	8	5,3	222	23	10,4	} 12,8
175—199 -	88	9	10,2	130	26	20,0	
200—224 -	34	8	23,5	61	18	29,5	} 23,0
> 225 -	8	2	25,0	15	8	53,3	

	ialt	Døde	Mort.	Diff.	Middelfejl
< 175 mm	434	55	12,7 %	} 12,5 %	3,4 %
> 175 mm	206	52	25,2 %		
				3,7 × μ	

Korrelationen er saaledes mere udtalt end for Albuminuriens Vedkommende, og prognostisk maa man altsaa tillægge Hyper-tonien større Betydning end Albuminurien.

At der er en vis Sammenhæng mellem Albuminuri og Blod-tryk ses af Tabel 112.

T a b e l 112.

Blodtryk.

Alb.	under 175 mm		over 175 mm	
	ialt	i ‰	ialt	i ‰
under 1 ‰	78	95,1	4	4,9
1—10 ‰	147	66,5	74	33,5
over 10 ‰	118	51,8	110	48,2

Tilsvarende har ogsaa *Zangemeister* (194) fundet, at ved albumenfri Tilfælde er Middelblodtryksværdien hos Svangre 113 mm. ved Albuminuri derimod 157 mm.

At der findes Undtagelser, ses dog ogsaa af vort Materiale, af vore 27 albumenfri Patienter har 12 over 150 mm Blodtryk.

Coma.

Coma ses under og efter ethvert typisk eklamptisk Anfald. Den langvarige, dybe Coma, strækkende sig fra Anfald til Anfald, hvor Patienten ligger dybt bevidstløs, reaktionsløs, med snorkende Respiration og Cyanose er derimod sjældnere.

Hyppigheden heraf i vort Materiale ses af Tabel 113, hvortil dog maa bemærkes, at Tallet sikkert er for lille for Sygehusenes Vedkommende, idet der paa Skemaerne ikke er spurgt udtrykkelig om denne Komplikation. Stiftelsernes Tal kommer derfor sikkert det virkelige Tal nærmere.

T a b e l 113.

	Ptt. ialt	Ptt. med Coma	
		ialt	i ‰
P.	116	1	0,8
S.	742	36	4,9
St.	364	57	15,7

At en saadan længerevarende Coma er et alvorligt prognostisk Tegn, er velkendt, og ses ogsaa af Mortaliteten for denne Gruppe af Patienter i vort Materiale (Tabel 114).

Tabel 114.

Mortaliteten af Ptt. med Coma.

	Ptt. med Coma ialt	† af disse	Mort. i %	Totalmort. for alle Ptt.
P.	1	1	—	15,5
S.	36	24	66,7	19,1
St.	57	21	36,8	8,9
ialt	94	46	48,9	15,4

Spørgsmaalet bliver nu: Hvad betinger denne Coma og den højere Mortalitet? Er det en særlig alvorlig Intoksikation, eller er den comatøse Tilstand Tegn paa særlige Komplikationer, hvormed specielt tænkes paa Hjerneblødning.

Af Tabel 115 ses, at det første ialtfald er Tilfældet. Anfaldenes Antal er større og Albuminuri og Hypertoni alvorligere hos disse Patienter, hvilket altsaa kan forklare det alvorligere Sygdomsbillede.

Tabel 115.

Ant. Ptt. med	over 10 Anf.	over 10 ‰ Alb.	ov. 175 mm Blodtryk	m. pathol. Ødemer
Ptt. med Coma ..	27 %	59,3 %	38,1 %	60,0 %
Alle Ptt.	16,0 %	40,8 %	32,2 %	41,7 %

Kun 4 af de 94 Patienter dør af Hæmorrhagia cerebri; af disse er de 3 ganske unge: 19, 21 og 23 Aar og kun 1 ældre: 37 Aar. Albuminurien er i alle de 4 Tilfælde betydelig, derimod er der kun i 1 Tilfælde stærkere Hypertoni (230 mm). I 2 Tilfælde er Blodtrykket lavt: 125 og 165 mm og i 1 Tilfælde ukendt.

Kun 2 af Patienterne dør altsaa med tilsyneladende lette Symptomer paa Grund af Komplikation med Hjerneblødning.

I alle de andre Tilfælde er Coma en Følge af en meget alvorlig Grundlidelse med svær Albuminuri, Hypertoni og Ødemer og med mange Anfald, og dette er nok til at forklare den betydelige Mortalitet.

At det ved Coma drejer sig om svære Tilfælde fremgaar ogsaa af, at Krampeanfaldene hyppigst udbryder i Svangerskabet og tidligt i Fødslen, hvilket, som det saas, var karakteristisk for de svære Tilfælde (Tabel 116).

T a b e l 116.

% Ant. Ptt. i	Svangersk.	Udv.tid	Uddr.tid	Efterb. per.	Barsels.
med Coma . .	57,4	28,7	4,3	5,3	4,3
af samtl.	38,1	23,7	19,0	5,5	13,7

Aldersfordelingen er fuldstændig som i det øvrige Materiale. 39,8 % under 25 Aar mod 39,0 % i samme Aldersklasse blandt samtlige Patienter. Der er altsaa ingen speciel Aldersklasse, der disponerer særlig til længerevarende Coma.

Temperatur og Puls.

At Temperaturforhøjelse hos Eklamptikere, forsaavidt den er fremkaldt af Infektion, forværrer Prognosen, er letforstaaeligt og længe kendt, men det er paastaaet at Eklampsien er i Stand til at fremkalde en aseptisk Temperaturstigning, formentlig ved Paa-virkning af det temperaturregulerende Centrum i cerebrum.

En Undersøgelse blandt Fødeafdeling B's Patienter viser dog, at Temperaturforhøjelse før Fødslen, men efter Anfaldenes Begyndelse er relativ sjælden (Tabel 117).

T a b e l 117.

Ptt. med	under 37°	37-38°	38-39°	over 39°
ialt	40	115	19	3
i %	22,6	65,0	10,7	1,7

At Krampeanfaldene kan drive Temperaturen op til omkring 38° kan forklares alene ved Muskelarbejdet, og Temperatur over 39° har ialt kun 3 Patienter. Af disse 3 Patienter havde de 2 Feber i Barselsengen, og hos 1, der døde, fandtes ved Sektionen Tegn til begyndende Pneumoni. En højere Temperatur kan altsaa i alle Tilfældene forklares ved Infektion.

Da Temperaturforhøjelse synes saa sjælden, er en Mortalitetsberegning vanskelig at gennemføre. For Fødeafdeling B's Vedkommende er Tallene følgende:

Tabel 118.

	under 37°	37-38°	38-39	over 39°
Ptt. ialt	40	115	19	3
døde Ptt.	3	12	2	1
Mort. i %	7,5	10,4	10,5	(33,3)

Temperaturen synes altsaa herhjemme ikke at spille den Rolle, som den aabenbart gør andet Steds. *Eden* (38) finder saaledes, at Mortaliteten ved Temperaturer under 39,4° er 10,2 % og over denne Temperatur 75,6 %. *Lichtenstein* (105) finder ved Temperatur over 38,4° en Mortalitet paa 40,3 %, ved en Totalmortalitet paa 18,5 % og *Krieger* (95) finder, at Mortaliteten stiger fra 32 til 83 %, naar Temperaturen stiger fra 38—39° til over 40°, den sandsynligste Forklaring paa disse Forskelligheder maa være den, at Infektion andet Steds er hyppigere.

Det samme gælder Pulsfrekvensen. Kun 30 % af Patienterne har over 100 i Puls, og under 1 % har over 120. Yderligere viser Pulstallet sig at være proportionalt med Temperaturen og uafhængigt af Symptomernes Styrke.

Det kan saaledes ikke siges at være nogen Mangel ved vort Materiale for Bedømmelsen af Prognosen, at vi mangler Oplysninger om Temperatur og Puls.

Prodromer.

Det er nu almindeligt anerkendt, at der forud for det eklamp-tiske Anfald saa godt som altid findes Prodromalsymptomer, og at Anfaldene altsaa kun tilsyneladende kommer »som et Lyn fra en klar Himmel«.

Men den voksende Interesse for Profylaksen er det af Betydning at faa konstateret, hvor hyppigt der optræder Prodromalsymptomer, der gør opmærksom paa den truende Fare, saaledes at denne eventuelt kan forebygges.

Angivelserne af Prodromalsymptomernes Hyppighed er meget varierende. *Albeck* (3) finder saaledes, at i 40 af 148 Tilfælde (27 %) mangler Prodromalsymptomer. *Esch* (42) finder tilsvarende kun 7 %. *Lichtenstein* 18,3 % (105) og *Eden* (38) blandt 743 Tilfælde 15,4 %.

I vort Materiale er de initiale Symptomer ikke angivet. Jeg har derfor undersøgt dette Spørgsmaal nærmere for Fødeafdeling B's Patienter, og finder, at 35 af 161 eller 21,7 % ikke har haft Prodromalsymptomer.

Dette Tal er selvfølgelig et Maksimumstal; mange af disse Patienter har sikkert i Virkeligheden haft Symptomer, men disse er blot ikke erkendte.

Man faar imidlertid en Formodning om, at det overvejende er de letteste Tilfælde der mangler disse Symptomer, det er nemlig, som det ses af Tabel 119 særlig ved de lette Tilfælde, der udbryder i Uddrivningstiden og efter Fødslen, at Prodromalsymptomer mangler. Ved Svangerskabseklampsierne har saa godt som alle Patienterne initiale Symptomer.

Desuden ses, at Synsforstyrrelser, som er det mest alvorlige Prodromalsymptom, ligeledes er hyppigst i Svangerskab og Uddrivningstid.

Tabel 119.

Ptt.	Svangersk.	Udv.tid	Uddr.tid	Efterb. per.	Barsels.
med Prodr.	45	41	20	6	14
uden —	3	11	8	4	9
Sidste i %	6	21	29	40	39
med Syns- forstyrrelser					
i %	16	22	12	0	9

Med denne Antagelse, at de prodromalfri Tilfælde skulde være de letteste, passer ogsaa, at *Eden* (38) finder, at Mortaliteten i Tilfælde uden Prodromalsymptomer er 16,8 %, men i Tilfælde med saadanne 22,5 %.

Det vigtigste er dog, at der i fire Femtedele af Tilfældene synes at have været Mulighed for profylaktisk Behandling, men dette betydningsfulde Spørgsmaal skal der senere vendes tilbage til.

Tilfældenes prognostiske Vurdering og Muligheden af en Gruppeinddeling af Materialet efter Tilfældenes Sværhedsgrad.

Eklampsens Prognose angives næsten altid at være meget usikker og uforudsigelig, dette er meget forstaaeligt, idet man ser ganske lette Tilfælde, der ender letalt, og paa den anden Side Tilfælde, der efter Symptomerne maa anses for at være meget svære, med heldig Udgang.

Det er imidlertid et Spørgsmaal, om det er nødvendigt at være saa tilbageholdende, og der er ialtfald eet Punkt, hvor det er af Betydning at kunne bedømme, om det drejer sig om lette eller svære Tilfælde, og det er ved Vurderingen af Behandlingsresultaterne.

Ved Vurderingen af disse er Mortalitätsberegningen det eneste afgørende, og det er ofte faa Procents Variationer, der maa afgøre, om een Behandlingsmaade maa foretrækkes for en anden; for at være sikker paa, at denne Fremgangsmaade er rigtig, er det imidlertid nødvendigt at vide med Sikkerhed, om de behandlede Tilfælde har været lige alvorlige ved disse forskellige Behandlingsmaader. Har man nu som Regel en saadan Sikkerhed? Paa Forhaand maa det anses for tvivlsomt. Ofte sammenlignes Statistiker fra forskellige Lande, uden at man ved om Sygdommen er af forskellig Alvorlighed forskellige Steder. Det er saaledes blevet formodet, at Eklampsien i Rusland forløb særlig let, baade fordi *Stroganoff* naaede de hidtil bedste Resultater, og fordi før hans Tid *Bidder* (15) i 1893 kunde meddele om en Mortalitet paa 17,3 % paa et Tidspunkt, hvor Mortaliteten andre Steder var henved 30 %.

Ogsaa indenfor snævrere Omraader kan forskellige Afdelinger have forskellig Patientmateriale. Dette kan skyldes f. Eks. forskellig Indlæggelseshyppighed. Modtager een Afdeling kun de sværeste Tilfælde, fordi Resten af Patienterne behandles hjemme, vil en saadan selvfølgelig have daarligere Resultater end andre, hvor alle, ogsaa de letteste Tilfælde, indlægges.

Endelig er der Afdelinger, der i Lighed med Fødeafdeling C, København, kun behandler de letteste Tilfælde, hovedsagelig de paa Hospitalet opstaaede Eklampsier. Eksempler herpaa er *Waldsteins* (179) og *Krassowskys* (97) Afdelinger. Disse vil selvfølgelig

have særlig gode Resultater, der imidlertid ikke kan anvendes direkte til Sammenligning.

Det er ogsaa en velkendt Erfaring, at forskellige Afdelinger kan have meget forskellige Resultater med tilsyneladende fuldstændig ens Behandlingsmaade, og at samme Afdeling i forskellige Perioder kan have forskellige Resultater med fuldstændig samme Behandling. *Váró* (176) har saaledes 1911—14 en Mortalitet paa 22,5 % og 1915—18 med fuldstændig samme Behandling en Mortalitet paa kun 14,2 %. Det samme er ogsaa iagttaget andetsteds, f. Eks. i Berlin, og skyldes derfor næppe Tilfældigheder, men sandsynligvis at Tilfældene i den sidste Periode virkelig er lettere, rimeligvis paa Grund af Krigens Indflydelse.

Det ses derfor, at det vilde være en betydelig Fordel, naar man vil sammenligne Resultater forskellige Steder fra, hvis man var istand til at klassificere Tilfældene nærmere, og dette bliver næsten en Nødvendighed, naar man vil drage Slutninger af et saa broget Materiale som vort, der er sammensat af Tal fra en Række Hospitaler med alle mulige Behandlingsmaader, og hvor Patientmaterialet kan vise store Forskelligheder i Retning af Patienternes Alder, tidligere Antal Fødsler og lignende.

Yderligere ses det, at samme Afdeling tit anvender forskellige Behandlingsmaader efter Tilfældenes Alvorlighed, og man vil da faa et ganske skævt Billede, hvis man direkte sammenligner de forskellige Behandlingsmaaders Resultater, naar een af disse er særlig belastet med daarlige Tilfælde. Saaledes ses i vort Materiale, at Resultaterne er meget daarligere, naar en Forløsning kombineres med Stroganoffs Behandling, men dette bliver mere forstaaeligt, naar man derpaa ser, at det er de daarligste Tilfælde, hvor dette har været indiceret. Det rigtige Billede af Behandlingens Effektivitet faar man først, naar man direkte kan sammenligne lette og svære Tilfælde for sig.

Er en saadan Inddeling nu gennemførlig i det foreliggende Materiale? Dette maa man have Lov til at besvare bekræftende, efter at det i de tidligere Kapitler er vist, hvorledes en Række Faktorer synes ganske tydeligt at influere paa Mortaliteten. Ved at borteliminere disses Indflydelse faar man et sandere Indtryk af, hvad selve Behandlingen udretter, og man faar desuden muligvis Oplysninger om, hvorvidt Behandlingen eventuelt kan individualiseres; om visse Grupper af Patienter f. Eks. de Unge eller

de Førstegangsfødende eller de alvorligste Tilfælde o. s. v. viser særlig gode Resultater med en bestemt Behandlingsmaade, som derfor maaske er at foretrække for disse Patienter.

En saadan Gruppeinddeling af Patientmaterialet i lette og svære Tilfælde er tidligere kun blevet forsøgt i det Materiale af hospitalsbehandlede Patienter fra England, som blev fremlagt ved Kongressen i Liverpool i 1922 (21).

Som Grundlag valgtes her 7 Symptomer: 1) Coma, 2) Pulsfrekvens over 120, 3) Temperatur over 103 Grader F., 4) mere end 10 Anfald, 5) Urin der stivner ved Kogning, 6) Mangel paa Ødemer, 7) Blodtryk paa over 200 mm.

Som svære Tilfælde regnes alle, hvor 2 af disse Symptomer er tilstede, og Behandlingsresultaterne beregnes derpaa for lette og svære Tilfælde for sig.

I det foreliggende Materiale er efter de Erfaringer, der er redegjorte for i de tidligere Kapitler, valgt en noget anden Inddelingsmaade, idet der kun er taget Hensyn til 4 Symptomer: 1) Anfaldenes Antal, 2) Albuminuriens Styrke, 3) Blodtrykkets Højde, og 4) alvorlig Coma.

Pulsfrekvens og Temperaturforhøjelse synes ikke at spille nogen større Rolle i vort Materiale, og hvad angaar Ødemer er vi som tidligere nævnt i Modstrid med de engelske Undersøgere. idet vi finder stigende Mortalitet ved stigende Ødemgrad. Forøvrigt mener vi at kunne se bort fra dette Symptom ved Bedømmelsen af Tilfældenes Alvorlighed, idet Ødemernes Styrke staar i nøje Korrelation til Albuminurien, der lader sig bestemme med større Nøjagtighed.

Grænsen mellem lette og svære Tilfælde er for Anfaldene sat ved Tallet 10, for Albuminurien ved 10 ‰ og for Blodtrykket ved 175 mm.

Patienterne er dernæst inddelt i 4 Grupper. I Gruppe 0 findes alle Patienter, hvor Symptomerne ikke har overskredet de nævnte Grænser, og som ikke har haft Coma. I Gruppe 1, 2 og 3 findes de Patienter, hvor henholdsvis 1, 2 og 3 af de nævnte Symptomer har passeret Faregrænsen, og i Gruppe 4 endelig findes alle Patienter med Coma

Patienterne i Gruppe 0 og 1 er regnet som lette Tilfælde og Patienterne i Gruppe 2, 3 og 4 som svære.

Efter denne Beregningsmaade ses af Tabel 120, at 70,9 % er lette og 29,1 % svære Tilfælde.

I den førnævnte, engelske Statistik findes 60,1 % lette og 39,9 % svære (og moribunde) Tilfælde.

Inddelingens Berettigelse vises af Tabel 121, hvor det ses, at Mortaliteten er stadig stigende fra 4,9 % i Gruppe 0 til 50 % i Gruppe 4.

I lette Tilfælde (Gruppe 0 og 1) er Mortaliteten 6,8 % og i svære Tilfælde (Gruppe 2, 3 og 4) 33,0 %. Disse Tal svarer godt til de engelske, der er henholdsvis 6,4 og 32,4 %.

Tabel 120.

Tilfældenes Sværhedsgrad.

Gruppe		0	1	2	3	4
S.	Ptt. ialt	178	173	96	9	33
	i %	36,4	35,4	19,6	1,8	6,8
		71,8		28,2		
St.	Ptt. ialt	171	128	74	4	51
	i %	40,0	29,9	17,3	0,9	11,9
		69,9		30,1		
ialt	Ptt.	349	301	170	13	84
	ialt i %	38,1	32,8	18,5	9,4	9,2
		70,9		29,1		

Tabel 121.

Gruppe		0	1	2	3	4
S.	Ptt. ialt	178	173	96	9	33
	Døde	15	18	31	5	23
	Mort. i %	8,4	10,4	32,3	55,6	69,7
St.	Ptt. ialt	171	128	74	4	51
	Døde	2	9	9	1	19
	Mort. i %	1,2	7,0	12,2	25,0	37,3
ialt	Ptt. ialt	349	301	170	13	84
	Døde	17	27	40	6	42
	Mort. i %	4,9	9,0	23,5	46,2	50,0
Gruppe		0	4	Diff.		Middelfejl
Ptt. ialt		349	84			
Døde		17	42			
Mort.		4,9 %	50,0 %	45,1 %		5,6 %
				(ca. $8 \times \mu$)		

		lette	svære Tilfælde
S.	Ptt. ialt	351	138
	Døde	33	59
	Mort. i %	9,4	42,8
St.	Ptt. ialt	299	129
	Døde	11	29
	Mort. i %	3,7	22,5
ialt	Ptt. ialt	650	267
	Døde	44	88
	Mort. i %	6,8	33,0

Differensen mellem de 2 sidste Procenttal er 26,2 % med en Middel-fejl paa 3,0 % ($8,7 \times \mu$)

Det ses altsaa, at Symptomerne kan bruges til Basis for en Inddeling af Materialet, men der er ogsaa andre Faktorer, der er af Betydning; af disse er den vigtigste Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud, hvortil der ikke er taget Hensyn i den engelske Statistik. Som det saas, er nemlig ikke blot Tilfældenes Alvorlighed meget forskellig i de forskellige Perioder, men Behandlingen er ogsaa væsentlig forskellig, og dette gælder ikke mindst de forskellige Afsnit af selve Fødslen: Udvidnings- og Uddrivningstid, hvorfor den sidste Distinktion er af væsentlig Betydning.

Først ved denne Inddeling efter Periode og Tilfældenes Alvorlighed faar man et Indtryk af, hvad der i Resultaterne skyldes selve Sygdommen, og hvad der kan tilskrives Behandlingen.

Af Tabel 122 ses Fordelingen mellem lette og svære Tilfælde i de forskellige Perioder. Det ses at blandt Svangerskabseklampsi-erne er 36,6 % svære Tilfælde, og at Stiftelserne har et noget større Antal af disse (43,2 %) end Sygehusene (33,3 %).

Næsten lige saa mange svære Tilfælde findes der i Udvidningstiden, nemlig 31,7 %. Her har Stiftelserne ogsaa flere alvorligere Tilfælde end Sygehusene (henholdsvis 35,5 og 25,3 %).

I Uddrivningstiden findes det mindste Antal svære Tilfælde: 15,5 %. Antallet stiger atter i Efterbyrdsperioden, hvor der findes 27,4 %, noget mindre findes i Barselssengen: 20,3 %.

Tabel 122.
Tilfældenes Sværhedsgrad.
 Svangerskab.

		lette Tilf.	svære Tilf.
S.	Ptt. ialt	168	84
	i %	66,7	33,3
St.	Ptt. ialt	71	54
	i %	56,8	43,2
ialt	Ptt. ialt	239	138
	i %	63,4	36,6
Udvidningstid.			
S.	Ptt. ialt	56	19
	i %	74,7	25,3
St.	Ptt. ialt	80	44
	i %	64,5	35,5
ialt	Ptt. ialt	136	63
	i %	68,3	31,7
Uddrivningsfid.			
S.	Ptt. ialt	47	10
	i %	82,4	17,6
St.	Ptt. ialt	73	12
	i %	85,8	14,2
ialt	Ptt. ialt	120	22
	i %	84,5	15,5
Efterbyrdsperiode.			
S.	Ptt. ialt	24	7
	i %	77,4	22,6
St.	Ptt. ialt	13	7
	i %	65,0	35,0
ialt	Ptt. ialt	37	14
	i %	72,5	27,5
Barselseng.			
S.	Ptt. ialt	56	18
	i %	75,7	24,3
St.	Ptt. ialt	62	12
	i %	83,8	16,2
ialt	Ptt. ialt	118	30
	i %	79,7	20,3

Disse Forskelligheder svarer nøje til Mortalitetens Svingninger, Tabel 123.

Andre Forhold, der kan paavirke Resultaterne, er Patienternes Alder og Antal tidligere Fødsler, men som det saas influerer disse ogsaa paa Symptomernes Styrke. Der er dog intet til Hinder for ogsaa at beregne Behandlingsresultaterne særskilt for Unge og Gamle, og for Første- og Flergangsfødende.

Tabel 123.
Tilfældenes Sværhedsgrad og Mortaliteten.
Svangerskab.

	lette Tilf.	svære Tilf.
Ptt. ialt	239	138
Døde	24	51
Mort. i %	10,0	37,0
Udvidningstid.		
Ptt. ialt	136	63
Døde	9	19
Mort. i %	6,6	30,2
Uddrivningstid.		
Ptt. ialt	120	22
Døde	1	2
Mort. i %	0,8	9,1
Efterbyrdsperiode.		
Ptt. ialt	37	14
Døde	5	8
Mort. i %	13,5	57,1
Barselseng.		
Ptt. ialt	118	30
Døde	5	8
Mort. i %	4,2	26,7

Som tidligere nævnt har man tillagt det Tidsrum, der hængaar fra første Anfald til Behandlingens Begyndelse, stor Betydning, men, som det ogsaa tidligere er nævnt, er dette Tidsrums Betydning dog lige stor for de forskellige Behandlingsmaader.

Kun naar man f. Eks. vil sammenligne Stiftelsernes og Sygehusenes Materiale en bloc med hinanden, maa man tage i Betragt-

ning, at Patienterne, der behandles paa disse sidste, vel nok gennemgaaende kommer senere til Behandling. Dette Forhold er dog alene ikke nok til at forklare den store Forskel i Mortalitet, som findes her. Sammenlignes nemlig Sygehusenes Mortalitet for de Patienter, der bor i samme By som den, hvori Sygehuset ligger, med Mortaliteten for de udenbyes boende ses ingen væsentlig Forskel, Tabel 124.

Tabel 124.

	Ialt	Døde	Mort. i %
Indenbyes Ptt.	198	34	17,2
Udenbyes Ptt.	387	77	19,9

Differense: 2,7 %. Middelfejl paa denne 3,4 %.

Men iøvrigt maa der siges allerede at være taget Hensyn til Tidsrummet mellem første Anfald og Behandlingens Begyndelse, idet Anfaldenes Antal, som er med i Beregningen, selvfølgelig vokser med dette Tidsrum.

Interkurrente Eklampsier.

Ved interkurrente Eklampsier forstaas som bekendt Eklampsier, hvor Anfaldene ophører inden Fødslen med uforstyrret Fortsættelse af Svangerskabet i kortere eller længere Tid.

Disse Tilfælde har altid tildraget sig Opmærksomheden, dels af teoretiske Grunde, idet, som *v. Winckel* (188) først har paavist, disse Tilfælde hyppigst optræder ved Fosterets Død, hvad der er anvendt som Argument for Lidelsens føtale Oprindelse, og dels endelig af praktiske Grunde, efter at det er paavist, at den relative Helbredelse med Ophør af Kramperne kan naas, ikke blot ved Forløsning, men ogsaa uden Afbrydelse af Svangerskabet, ved konservativ Behandling.

Afgrænsningen af hvad der kan medregnes til interkurrente Eklampsier er usikker, idet der er afvigende Meninger om, hvor langt et anfaldsfrit Interval man skal kræve, og dette bliver selvfølgelig ogsaa en Skønssag.

Det mindste Tidsrum, man kan regne med, maa dog sikkert være eet Døgn, og hvor Undersøgelsen gælder Pathogenesen, maa man yderligere forlange, at den anfaldsfrie Tilstand holder sig uden Behandling, og at det ikke blot drejer sig om en forbigaaende Undertrykkelse af Anfaldene paa Grund af denne.

Hvor Undersøgelsen alene gælder Behandlingens Virkning, behøves den sidste Indskrænkning selvfølgelig ikke, idet det maa anses for saa overvejende vigtigt, at Anfaldene ophører, at det er af mindre Betydning, om andre Symptomer fortsat bestaar.

Til Bedømmelse af de interkurrente Tilfælde har kun Materialet fra Rigshospitalets Fødeafdelinger A. og B. været mig tilgængeligt.

Der findes her 31 saadanne Tilfælde blandt 364 (eller 8,5 % af samtlige Eklampsikere). Mere rationelt er det dog kun at medregne de 107 i Svangerskabet udbrudte, og Procenttallet kommer da op paa 29 %.

Tidligere Undersøgerses Tal er meget varierende, hvilket selvfølgelig skyldes forskellig Behandling. Hvor de fleste Patienter bliver forløst hurtigt, findes selvfølgelig kun faa interkurrente Eklampsier. *Goedecke* (61) har saaledes kun 2,7 %, *Esch* (42) 1,8 % og *Klaften* (91) 3,7 %. Hvor Behandlingen er afventende, bliver Tallet meget større. I *Clasons* (29) Materiale forløber 16,8 % af samtlige og 55,3 % af Svangerskabseklampsierne interkurrent, og *Lichtenstein* (108) er helt oppe paa 80 % i den sidstnævnte Gruppe.

I vort Materiale findes baade konservativt og aktivt behandlede Patienter. Medregnes kun de 35 Patienter, hvor der intet Indgreb er foretaget til Fremskyndelse af Fødslen, kommer Tallet paa interkurrente Eklampsier helt op paa 89 %. Da ingen af disse Patienter dør, vil det sige, at Prognosen for Svangerskabseklampsierne, der ellers er alvorligst, forbedres betydeligt samtidig med Ophøret af Kramperne.

Naar man skal besvare Spørgsmaalet om, hvorfor netop disse Tilfælde er gaaet i Ro, er det straks paafaldende, at ingen af Patienterne dør. Dette vækker Formodning om, at det kan have drejet sig om meget lette Tilfælde.

Benyttes den tidligere Gruppeinddeling efter Symptomernes Styrke ses (Tabel 125), at dette ikke synes at være Tilfældet.

Tabel 125.
Svangerskabseklampsi.

Gruppe	0	1	2	3	4
Interkurrente	9	12	6	—	4
	21		10		
i %	67,7		32,3		
blandt samtlige i %	63,4		36,6		

Samme Indtryk faar man, naar hvert Symptom opgøres for sig for disse Patienter (Tabel 126—129).

Tabel 126.
Svangerskabseklampsi.

Alb.	under 10 ‰		over 10 ‰	
	Ptt. ialt	i ‰	Ptt. ialt	i ‰
Interkurrente	13	41,9	18	58,1
blandt samtlige i % ...	-	44,7		55,3

Tabel 127.

Blodtryk	under 175 mm		over 175 mm	
	Ptt. ialt	i ‰	Ptt. ialt	i ‰
Interkurrente	25	80,6	6	19,4
blandt samtlige i % ...		60,1		34,9

Tabel 128.

	uden		m. pathol. Ødemer	
	Ptt. ialt	i ‰	Ptt. ialt	i ‰
Interkurrente	17	54,8	14	45,2
blandt samtlige i % ...		58,4		41,6

Tabel 129.

Anfald	Antal Ptt.
1—5	29
6—10	1
11—15	1

Det ses, at Albuminurien og Ødemernes Grad gennemgaaende er større end Gennemsnittet, men at Blodtrykket til Gengæld gennemgaaende er lavere. I Betragtning af dette maa man antage, at Blodtrykkets Højde spiller en større Rolle for Anfaldenes Udløsning end de øvrige Symptomer.

15 af Patienterne er under, og 16 er over 25 Aar, og der er altsaa forholdsvis flere unge Patienter end i det øvrige Materiale. Tilsvarende er 7 (22,6 %) af disse Patienter Flergangsfødende, medens i Svangerskabet ellers findes 49,2 %. Begge disse Afvigelser har sikkert samme Aarsag: at de Førstegangsfødendes Fødsel varer længere.

Tidspunktet i Svangerskabet, i hvilket disse Eklampsier udbryder, afviger ikke væsentligt fra det øvrige Materiale:

Maaned	VI—VII	VII—VIII	VIII—IX	X
Antal Ptt.	4	11	10	6

Det er altsaa ikke, hvad man maaske kunde vente, fordi Eklampsien udbryder tidligt i Svangerskabet, at Anfaldene lettere ophører og Svangerskabet fortsættes.

Hovedindtrykket bliver altsaa, at de interkurrente Eklampsier kun ved det relativt lave Blodtryk adskiller sig fra de øvrige i Svangerskabet udbrudte Eklampsier.

Paa eet Punkt er der dog en væsentlig Forskel, idet det er en gammeltkendt Erfaring, at der ved interkurrente Eklampsier ofte fødes døde og macererede Børn, og at Fosterets Død ofte følges af en Bedring i Moderens Tilstand.

I vort Materiale fødes levende Børn i 14 Tilfælde, hvorimod Fosteret dør intrauterint i 17 Tilfælde (i 2 Tilfælde dog først umiddelbart før Fødslen). I omtrent Halvdelen af Tilfældene kan Anfaldenes Ophør altsaa ikke skyldes Fosterets Død.

Spørgsmaalet bliver da, om der er nogen Forskel paa interkurrente Tilfælde med og uden Fosterdød?

Opgøres Symptomernes Styrke atter særskilt for Tilfælde med levende og døde Børn (Tabel 130) ses der den Forskel, at de Tilfælde, hvor Anfaldene ophører uden Fosterets Død næsten udelukkende er lette Tilfælde, hvorimod der ogsaa er svære Tilfælde blandt Tilfældene med Fosterdød.

T a b e l 130.

	lette	svære Tilfælde	
	Ptt. ialt	Ptt. ialt	i ‰
med levende ¹⁾	14	2	12,5
med dødt Barn	7	8	53,3

¹⁾ De 2 Tilfælde, hvor Fostrene dør lige før Fødslen er medregnet her.

De enkelte Symptomers Forhold ses af Tabel 131—133.

T a b e l 131.

Alb.	under 10 ‰	over 10 ‰	
	Ptt. ialt	Ptt. ialt	i ‰
med levende	8	8	50,0
med dødt Barn	5	10	66,6

T a b e l 132.

Blodtryk	under 175 mm	over 175 mm	
	Ptt. ialt	Ptt. ialt	i ‰
med levende	12	4	25,0
med dødt Barn	13	2	15,4

T a b e l 133.

Ødemer	uden	med	
	Ptt. ialt	Ptt. ialt	i ‰
med levende	10	6	37,5
med dødt Barn	7	8	53,3

Forskellen er her den samme, og det ses, at det særlig er Albuminurien, der betinger Forskellen.

Det kan dog heraf ikke ses, om Fostrene dør paa Grund af Moderens alvorligere Tilstand (Placentalforandringer?), i Tilfælde, hvor Anfaldene af andre Grunde ophører, eller om Fostrets Død direkte er Skyld i, at selv de svære Tilfælde tager et interkurrent Forløb.

Tidssammenhængen mellem disse Fænomener er derfor undersøgt nærmere.

Tilfælde med intrauterin Fosterdød.

I de 15 Tilfælde, hvor Fosteret dør inden Fødslen, svinder de subjektive Symptomer herefter helt, til fuldstændig Velbefindende, i de 14 Tilfælde. I 9 Tilfælde i Løbet af det første Døgn, i 2 Tilfælde i Løbet af andet Døgn og i 1 Tilfælde i Løbet af tredje Døgn. Kun i eet Tilfælde er der kun nogen Bedring, men Fødslen finder her ogsaa Sted inden eet Døgn efter Hjertelydens Ophør. I 2 Tilfælde er de subjektive Symptomer allerede svundet inden Hjertelydens Ophør. Fosterets Død følges altsaa i alle Tilfælde af hurtig og fuldstændig Forsvinden af alle subjektive Symptomer.

Lige saa gunstig er Virkningen paa Diuresen. I 13 Tilfælde af de 15 stiger Diuresen prompte i Tilslutning til Fosterets Død til normale og hypernormale Værdier, og naaer i 6 Tilfælde til mellem 1000 og 2000 cm³, i 5 Tilfælde til mellem 2000 og 3000 cm³ og i 2 Tilfælde til over 3000 cm³, saaledes at man i flere Tilfælde kan tale om en regulær Afvanding af Organismen i Dagene efter Fosterets Død, svarende til den der ellers kun ses efter Fødslen. Kun i 2 Tilfælde stiger Diuresen ikke efter Fosterets Død.

I Tilslutning til Diuresestigningen forsvinder Ødemerne efterhaanden. I 9 Tilfælde helt, i 2 Tilfælde delvis. I de øvrige Tilfælde er Iagttagelsestiden for kort.

Albuminurien aftager hos alle, men forsvinder kun i 2 af Tilfældene helt. Hos de øvrige holder den sig (ofte gennem lang Tid) lige til Fødslen paa nogle faa Promille. 9 af Patienterne bliver helt albumenfri efter Fødslen, hos de øvrige 6 findes Albuminurien endnu ved Udskrivelsen.

Blodtrykket er, som tidligere nævnt, i de fleste Tilfælde ikke nævneværdig forhøjet. Forandringerne her kan derfor heller ikke være saa udtalte. Kun i eet Tilfælde ses en let Forhøjelse efter Fosterets Død, i 7 Tilfælde holder det sig uforandret og i 4 Tilfælde falder det.

Tilfælde med levende Foster.

I de 16 Tilfælde, hvor Fosteret lever lige til eller til umiddelbart før Fødslen, er der i de 10 Tilfælde subjektive Symptomer lige til denne, medens de svinder fuldstændig i de 6 Tilfælde.

Diuresen holder sig i 9 Tilfælde lav, kun i 5 Tilfælde stiger den langsomt, men naar dog i intet Tilfælde over 1500 cm³.

Albuminurien aftager i 6 Tilfælde til nogle faa Promille og holder sig i 6 Tilfælde uforandret.

Ødemeerne tiltager i 3 Tilfælde, holder sig i 7 Tilfælde uforandrede og aftager kun i 2 Tilfælde.

Blodtrykket aftager i 4 Tilfælde, holder sig uforandret i 7 Tilfælde og stiger i 5.

Resultaterne er sammenfattede paa Tabel 134.

T a b e l 134.

	Efter Fosterets Død			ved levende Barn		
	bed-rede	ufor-andr.	for-værr.	bed-rede	ufor-andr.	for-værr.
Subj. Sympt.	14	(1)	0	6	10	0
Diurese	13	2	0	5	9	0
Alb.	15	0	0	6	6	0
Ødemer	9	2	0	2	7	3
Blodtryk	4	7	1	4	7	5

Som det ses, paavirkes ikke blot Anfaldene, men ogsaa alle de øvrige Symptomer gunstigt af Fosterets Død, og denne Bedring er lige saa prompte og fuldstændig som den ellers kun ses efter Fødslen. Det er altsaa ikke Uterus Tømning, der direkte bevirker Bedringen efter Fødslen, men Afbrydelsen af Fosterets Kredsløbsforbindelse med Moderen, der er det virksomme Moment, idet det jo netop er, naar Hjertelyden (og Fosterets Kredsløb) ophører, at Bedringen indtræder.

Disse Iagttagelser støtter altsaa Formodningen om, at Lidel-sens Aarsag er at søge i Toksiner stammende fra Fosteret, og man maa yderligere formode, at det er en stadig Toksinproduktion, der holder Symptomerne vedlige, idet det ellers bliver vanskeligt at forklare Symptomernes Ophør saa hurtigt efter Fosterets Død.

Placentas Rolle synes efter dette at være mindre, idet Bedringen indtræder, skønt denne stadig staar i Forbindelse med Moderen. Det maa dog indrømmes, at de ganske vist meget sjældne Tilfælde af ægte Eklampsi ved Mola hydatidosa uden Foster taler mod den føtale Teori, og det er da muligt, at Toksinproduktionens

Sæde maa antages at være i Placentas føtale Del. Ophøret af Fosterets Kredsløb kunde da tænkes at nedsætte dennes Funktion i disse Tilfælde.

Om Aarsagerne til Fostrenes Død er det vanskeligt at sige noget sikkert. I 4 Tilfælde indtræder denne i Tilslutning til Krampeanfaldene, inden Behandlingens Begyndelse. I 1 Tilfælde indtræder den kort efter 1. Anfald og lige efter Behandlingens Begyndelse og i de resterende 11 Tilfælde, altsaa i Hovedparten af Tilfældene, er Fosterets Død uafhængigt af Anfaldene, idet der i 4 Tilfælde gaar 1 Døgn, i 4 gaar 2, i 2 Tilfælde gaar 3 og i 1 Tilfælde gaar 9 Døgn fra sidste Anfald til Fosterets Død.

I de 9 af disse Tilfælde dør Fosteret altsaa under Behandlingen. Man faar derfor en stærk Formodning om, at det direkte er denne der er skadelig for Fosteret, selv om andre Forhold (Placentarforandringer?) kan være Skyld i Fosterets Død.

I nogle Tilfælde er det altsaa muligt, at den medikamentelle Behandling helbreder Moderen ad den Omvej, at den dræber Fosteret, et Moment, der maa tages i Betragtning, naar Behandlingsresultaterne skal overvejes.

Sammenfattende kan det altsaa siges, at den interkurrente Eklampsi ved levende Foster kun indtræder i de letteste Tilfælde, men kan findes ogsaa i sværere Tilfælde, naar Fosteret dør og som en direkte Følge af dette; samt at det er en gunstig Tilstand for Moderen, der tillader at stille en god Prognose for hendes Vedkommende.

Recidiv.

Sandsynligheden for Recidiv i de efter overstaaet Eklampsi følgende Graviditeter er et Spørgsmaal der er af stor Betydning. Er Sandsynligheden herfor stor, maa man nemlig være opmærksom herpaa og eventuelt træffe profylaktiske Forholdsregler, hvis Graviditet indtræder igen.

Anskuelserne om Recidivhyppigheden har vekslet gennem Aarene, og medens Recidiver tidligere ansaas for sjældne, er man i de senere Aar ved nærmere Undersøgelse blevet klar over, at de er hyppigere end tidligere antaget.

Dette er sikkert delvis en Følge af Beregningsmaaden. Opgør man, hvor mange af samtlige Eklamptikere, der tidligere har haft Eklampsi, faas en Hyppighed, der ligger omkring 2 %. *Beuthe* (14) har saaledes fra Literaturen kunnet samle 53 Tilfælde blandt 2622 Eklamptikere, eller 2,0 %.

I vort Materiale findes tilsvarende 38 Recidiver blandt 1286 Eklampsier, eller 3 %.

Dette er tilsyneladende ikke nogen stor Hyppighed, men der maa dertil straks indvendes, at denne hyppigst anvendte Beregningsmaade er irrational, idet der herved medregnes Førstegangsfødende, der af gode Grunde ikke kan have haft Eklampsi før.

Foretages Hyppighedsberegningen alene blandt de Flergangsfødende stiger Tallet straks til 9,5 %, idet af 401 flergangsfødende Eklamptikere de 38 har haft Eklampsi før.

Ikke engang dette Tal siger dog tilstrækkeligt, saalænge vi ikke ved, hvor mange Eklamptikere der føder igen. Hvis et større Antal af disse ikke føder paany, nedsættes selvfølgelig det absolute Antal af Recidiver, medens Hyppigheden af Recidiv blandt de der føder igen, forøges.

Disse Oplysninger faas kun ved at følge de Patienter, der tidligere har haft Eklampsi, og se, om de føder igen, og i saa Fald, hvordan det gaar dem.

Saadanne Efterundersøgelser er foretaget af *Bund* (24), *Greenhill* (63), *Nevermann* (126) og *Schmeckel* (147) (Tabel 135).

T a b e l 135.

	Antal under- søgte Ptt.	af disse føder igen ialt	i %
Bund	52	41	79
Greenhill	60	18	30
Nevermann	60	31	52
Schmeckel	158	83	53
ialt	330	173	52

Som det ses føder næsten Halvdelen ikke igen. Ved Undersøgelsen af Recidivhyppigheden kan man kun anvende de Patienter der føder igen. En Beregning af samme Materiale viser (Tabel 136).

Tabel 136.

	Ant. Ekl., der føder igen	Ant. Recid. blandt disse		Ant. Ekl., Eklampsismer og Svangerskabsintoksika- tioner og lign.	
		ialt	i %	ialt	i %
Bund	41	8	20	—	
Greenhill	18	1	6	7	39
Nevermann	31	4	13	10	32
Schmeckel	83	15	18	48	58
alt	173	28	16	65	49

Billedet bliver da et andet, idet det ses, at ca. Halvdelen faar faretruende Symptomer under den følgende Graviditet og ca. en Sjettedel faar Udbrud af Eklampsi.

Det ses derfor, at de tidligere Antagelser om, at overstaaet Eklampsi skulde efterlade en Form for Immunitet maa forlades, og at disse Patienter tværtimod løber en større Risiko for fornyet Eklampsi end andre Kvinder.

Hvorpaa denne Recidivrisiko beror, ved man ikke med Bestemthed. Nogen absolut, dominerende Disposition til Eklampsi hos visse Patienter kan daarligt tænkes, idet jo en stor Del af Eklamptikerne føder normalt igen, uden Komplikationer.

Tilbage bliver den Mulighed, at den første Eklampsi frembringer varige Organforandringer (sandsynligvis i Nyrerne) som disponerende Moment. At ægte kronisk Nephritis kun sjældent er en Følge af overstaaet Eklampsi, synes der at være almindelig Enighed om, og at en saadan højest findes i nogle faa Procent Seitz (154), Zangemeister (194), Sachs (142). Nogle mener endda, at denne Komplikation overhovedet er meget tvivlsom Hussy (84), Heynemann (79). Derimod synes Symptomerne paa nephrotiske Nyreforandringer, samt Hjernesymptomer ikke at være sjældne. omend Tallene varierer en Del.

Nevermann (126) finder saaledes, at 27 efterundersøgte, ikke-gravide tidligere Eklamptikere er symptomfri, og at 30 frembyder subjektive Symptomer, hyppigst i Form af Hovedpine, Hukommelsessvækkelse og Tilbøjelighed til Ødemer. Hos 60 ikke-gravide tidligere Eklamptikere fandtes Hypertoni hos 8 og Albuminuri hos 3.

I Modsætning hertil finder Greenhill (63), at 55 af 60 er symptomfri, til Gengæld finder han, at 26,7 % af de Patienter,

der atter bliver gravide, frembyder sygelige Symptomer. Han slutter deraf, at Eklampsiens Følger som Regel først viser sig ved en fornyet Graviditet.

Som Helhed maa man sige, at Faren for Komplikationer i de følgende Graviditeter synes at være ret stor, og Følgen heraf maa blive, at enhver Kvinde, der har gennemgaaet en Eklampsi, bør følges nøje ved eventuel ny Graviditet og om fornødent behandles profylaktisk.

Af vore Patienter med Recidiv har 32 ialt 2 Gange, 5 har 3 Gange og 1 har 4 Gange haft Eklampsi. Hvilket sidste Tal er det højeste Antal, der er meddelt om en enkelt Patient.

Antallet af tidligere Fødsler blandt vore Recidivister er ofte betydeligt:

Tabel 137.

Antal tidl. Fødsler..	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Antal Ptt.	11	8	7	2	2	3	—	1	1	—	1	1

Et større Antal maa altsaa have haft naturlige Fødsler mellem Eklampsiene. Om 17 Patienter foreligger Oplysninger om, ved hvilke Fødsler der har været Eklampsi.

Tabel 138.

	Antal Ptt.
Eklampsi i nærmest foregaaende Fødsel	4
1 nat. Fødsel siden foregaaende Eklampsi	8
2 — — — — —	4
3 — — — — —	1

Hovedparten har altsaa haft naturlige Fødsler eller ialtfald ikke kompliceret med Eklampsi ind imellem de Fødsler, hvor der har været Eklampsi, et Forhold der er kendt fra alle Statistiker og som giver Recidiverne deres Præg af Uforudseelighed.

Af de 38 Patienter med Recidiv dør de 8 (21,1 %), en Mortalitet der svarer til den, samtlige Flergangsfødende har (21,6 %).

Tilfældene synes dog gennemgaaende at være ret alvorlige, saaledes har 59 % af Patienterne over 175 mm Blodtryk (i hele Materialet 32,2 %), og 50 % over 10 ‰ Albumen i Urinen (i hele

Materialet 40,8 %). Svarende hertil faar 47,4 % af Recidivisterne den alvorligere Eklampsi i Svangerskabet, 34,2 % under Fødslene, og 18,4 % i Barselsengen.

Flerfoldsfødende.

Som det tidligere ofte er observeret er de Flerfoldsfødende ogsaa i vort Materiale mere disponeret til Eklampsi end andre. Som det ses af Tabel 139 er saaledes 6,1 % af Eklamptikerne Flerfoldsfødende, medens blandt samtlige Fødende i hele Landet i samme Tidsrum kun findes 1,6 %.

Eklampsihyppigheden er for Flerfoldsfødende 6,76 ‰, og for samtlige Fødende 1,74 ‰. Eklampsihyppigheden er altsaa 3,9 Gange større hos Flerfoldsfødende end hos Eenfoldsfødende.

Tabel 139.

	P.	S.	Ek. St.	ialt	i ‰	nat. Fødsler ialt	i ‰	Ek.hyp. i ‰
Flerfoldsfødsler.	10	44	25	79	6,1	11685	1,6	6,76
Fødsler ialt . . .	116	742	428	1286		737701		1,74

Som det ses af Tabel 140 er Flerfoldsfødsler, baade blandt normale Fødende og blandt Eklamptikerne hyppigere i Land- end i Bybefolkningen, og hyppigere blandt Gifte end blandt Ugifte (Tabel 141). Dette skyldes sikkert Aldersforskel i disse Grupper Patienter, idet, som det ses af Tabel 142, de Flerfoldsfødendes relative Antal tiltager med Alderen.

Tabel 140.

Ek.hyp. i ‰	Land		By	
Flerfoldsf.	32 :	7417 4,31 ‰	41 :	4267 9,61 ‰
samtlige F.	449 :	443319 1,01 ‰	697 :	294382 2,37 ‰

Tabel 141.

	Gifte		Ugifte	
Flerfoldsf.	68 :	10606 6,41 ‰	11 :	1040 10,60 ‰
samtl. F.	1006 :	657267 1,53 ‰	272 :	70444 3,86 ‰

Tabel 142.

Alder	ialt	Ekl.		Fødende ialt Flerfoldsf. i %
		Flerfoldsf.	i %	
15—19	148	5	3,4	0,67
20—24	343	22	6,4	1,06
25—29	316	23	7,3	1,49
30—34	213	11	5,2	2,03
35—39	147	12	8,2	2,30
40—44	83	4	4,8	1,62
45—49	9	0	—	0,84

Som det ses af Tabel 143 er der lige mange Flerfoldsfødende blandt første- og flergangsfødende Eklamptikere.

Tabel 143.

	I grav.				∞ grav.			
	P.	S.	St.	ialt	P.	S.	St.	ialt
Flerfoldsf.	4	28	20	52	6	14	5	25
Fødsler	68	432	332	832	40	249	95	384
Flerfoldsf. i %				6,3				6,5

Aarsagen til denne større Eklampsihyppighed hos de Flerfoldsfødende antages i Almindelighed at være de større Fordringer, et Tvillingsvangerskab maa formodes at stille til Organismen. Med Antagelsen af 2 Faktoreres Betydning for Anfaldenes Udløsning (Eklampsismen og Fødselsarbejdets Irritant) kan man tænke sig 2 Muligheder for den hyppigere Eklampsi hos disse Patienter: 1) at Tvillingsvangerskabet forværrer eller frembringer Grundlidelsen (Eklampsismen).

Dette stemmer godt med Antagelsen af den føtale Teoris Rigtighed. Jo større Svangerskabsprodukt, des kraftigere Intoksikation.

2) At Irritantet (Fødselsarbejdet) er saa meget større hos disse Patienter, at et større Antal, selv lette Tilfælde, faar Udbrud af Eklampsi.

I første Tilfælde maa Symptomerne formodes at være alvorligere eller mindst lige saa alvorlige hos Tvillingmødrene som hos de øvrige Patienter. I andet Tilfælde maa Symptomerne gennemgaaende være mindre alvorlige. Dette sidste viser sig at være Tilfældet.

Af Tvillingmødrene har kun 27 % over 10^{0/00} Albumen i Urinen (i hele Materialet 40,8 %). Tilsvarende har kun 28,2 % af de Flerfoldsfødende et Blodtryk paa over 175 mm (i hele Materialet 32,6 %) trods Tvillingmødrenes gennemgaaende højere Alder.

Deles Tilfældene i lette og svære Tilfælde, efter den tidligere anvendte Metode, ses, at kun 19 % af de Flerfoldsfødende er svære Tilfælde, mod 29,1 % svære Tilfælde i hele Materialet.

Fødselsarbejdets Betydning fremgaar ogsaa af Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud, idet dette, som det ses af Tabel 144, hos Tvillingmødrene hyppigst er under eller efter Fødslen.

Tabel 144.
Procentantal Ptt.

	Flerfoldsfødende	saml. Ekl.
ante partum	22,1	38,1
sub »	49,4	42,7
post »	28,6	19,2

At Mortaliteten blandt de flerfoldsfødende Eklamptikere er lidt højere (16,5 %) end i hele Materialet (15,4 %) kan skyldes Tvillingmødrenes gennemgaaende højere Alder.

Det synes altsaa at være saaledes, at de Flerfoldsfødendes større Eklampsihyppighed ialtfald for en stor Del kan skyldes et stærkere og længere varende Fødselsarbejde og i mindre Grad skyldes en alvorligere Grundlidelse.

TREDIE AFSNIT

BEHANDLING

Historisk Indledning.

Eklampsiens rette Behandling er selvfølgelig hele Eklampsispørgsmaalets vigtigste Punkt.

Paa Grund af vort fuldkomne Ukendskab til Sygdommens inderste Aarsag har Behandlingen altid været og er stadig rent empirisk. Alle Forsøg paa teoretisk at begrunde eller forsvare den ene eller den anden Behandlingsmaade er af ringe Betydning i Sammenligning med de Oplysninger, de tørre Tal, d. v. s. Behandlingsresultaterne, giver, og det drejer sig her saa godt som udelukkende om, hvorvidt Moderen overlever eller dør af sin Sygdom. Bedømmelsen af Behandlingsresultaterne tillader altsaa ikke noget subjektivt Skøn, og en Behandlingsmaades Effektivitet angives let ved den ureducerede Mødremortalitet.

Da Eklampsien endnu er en saa alvorlig Lidelse, at Mortaliteten for Mødrene varierer mellem 10—20 %, er det klart, at man ved Valget af Behandling først og fremmest maa tænke paa Mødrene, og i først i anden Række kommer Hensynet til Børnene. Kun i det Tilfælde, at to Behandlingsmaader staar lige med Hensyn til Mødremortalitet, maa ringere Børnemortalitet tale til Gunst for den ene.

Naar man følger Eklampsibehandlingens Udvikling gennem Tiderne, er det først og fremmest paafaldende, at saa godt som alle de Hjælpemidler, vi nu har til Sygdommens Bekæmpelse, har været kendt længe. Allerede i det 18. Aarhundrede var man klar over, at Kramperne hyppigst ophørte ved Barnets Fødsel, og *Deleurye* (33) siger saaledes: »C'est la presence de l'enfant, qui cause le mal, sa sortie est donc le seul remède«, og det første Skridt til Indførelse af den aktive Terapi er saaledes gjort.

Af de symptomatiske Midler er Aareladningen endnu ældre og dukker efter Perioder af Forglemmelse op igen. Anvendelsen af Narkotica angives allerede af *Simpson*. Af Hypnotica anvendes Chloral allerede af *Charpentier* og *v. Winckel* omkring 1870 og Morfin af *Scanzoni* og *Veit* omkring 1860.

Naar Behandlingsresultaterne ikke desto mindre har gjort saa store Fremskridt, at Mødremortaliteten, der i Slutningen af forrige Aarhundrede var mellem 30—40 %, nu ligger omkring 10 %, saa skyldes det sikkert alligevel for en stor Del ikke blot, at selve de operative, forløsende Behandlingsmaader har udviklet sig parallelt med den almindelige Fremgang i operativ Teknik, men ogsaa en mere udviklet systematisk og konsekvent Anvendelse og Kombinerung af de tidligere kendte, symptomatiske Midler.

Helt udelukket er det dog ikke, at ogsaa andre Faktorer kan have medvirket til de bedre Behandlingsresultater. Det er saaledes muligt, at Sygdomstilfældene er blevet lettere. Dette kan dels tænkes at bero paa, at de Patienter, der angribes alvorligst, f. Eks. de Flergangsfødende og de ældste, er aftaget i relativt Antal, eller at Hospitaliseringen af Patienterne er blevet almindeligere, saaledes at et større Antal let angrebne nu indlægges, idet det maa erindres, at hvad vi hidtil ved om Resultaterne væsentligst stammer fra Hospitalsmaterialer, dels endelig at den almindelige Svangerskabshygien er tiltaget, at profylaktisk Behandling bliver almindeligere, og at Patienterne indlægges hurtigere efter Eklampsiens Udbrud.

Vigtigere end dette er dog en Afgørelse af, hvilken af de for Tiden konkurrerende Behandlingsmaader, der giver de bedste Resultater.

Udviklingen har i Korthed været følgende: Indtil Begyndelsen af 90erne af forrige Aarhundrede var Behandlingen rent ekspektativ, symptomatisk, men vel at mærke uden den planmæssige, konsekvente Gennemførelse af denne, som senere er udviklet.

Mortaliteten var i denne Periode omkring 30 %. 1888 overvejer *Halbertsma* Muligheden af det abdominale, klassiske Kejsersnit som Behandlingsmaade. 1893 angiver *Dührssen* Collumincisionerne, og 1895 udvikler han disse til det egentlige vaginale Kejsersnit. Hermed er den aktive Æra indledet. Det er intet Under, at de Muligheder, der hermed viste sig for en tilsyneladende causal Behandling af den hidtil næsten intraktable Sygdom, blev mod-

taget med Begejstring. Aarsagen til Lidelsen ligger utvivlsomt i Ægget, at fjerne dette hurtigst muligt maa rent á priori synes det mest rationelle, og de tekniske Fremskridt muliggjorde nu dette. Forbedringen i Behandlingsresultaterne var ogsaa uomtvistelige, Mortaliteten sank til 12—15 %, og den eneste rigtige Behandlingsmaade syntes nu fundet. *Bumm* (23) siger saaledes i 1903: »Die sofortige Entbindung ist die beste Eklampsiebehandlung«.

Hvor liden Værdi teoretiske Overvejelser alene har ses dog deraf, at denne tilsyneladende saa rigtige Fremgangsmaade atter fik en Konkurrent ved Genoptagelsen af den tidligere kendte, ekspektative Behandling, men nu i udvidet, systematisk Form.

Foregangsmanden var her *Stroganoff* (166), der begyndte med den efter ham opkaldte Behandlingsmaade i 1897 og første Gang udførligt offentliggjorde sin Metode og sine Resultater i 1909.

Stroganoffs Behandling er udelukkende rettet mod Anfaldene. Alle ydre Irritamenter, der kan fremkalde disse, fjernes eller dæmpes. Patienterne bliver derfor isolerede under saa rolige Forhold som muligt, Lys og Lyd dæmpes. Alle Manipulationer af Patienterne indskrænkes til det mindst mulige. Hvad der er nødvendigt af Undersøgelser og Indgreb foretages i Chloroformnarkose. Kramperne søges yderligere undgaaet ved Indgift af Morfin og Chloralhydrat. Det nye i Stroganoffs Anvendelse af disse to Midler ligger dels i Kombinationen, dels i den konsekvente, skematiske Maade, hvorpaa de gives med bestemte Mellemrum.

Straks efter første Anfald (eller Indl.)						Morfin g	0,01 — 0,02
1 Time	»	»	»	»	»	Chloral g	2
3 Timer	»	»	»	»	»	Morfin g	0,015
7 Timer	»	»	»	»	»	Chloral g	2
13 Timer	»	»	»	»	»	» g	1,5
21 Timer	»	»	»	»	»	» g	1,5

Dette Behandlingsskema gælder for middelstærke Tilfælde, om fornødent gives Medicamenterne hyppigere. Desuden gives Chloroformnarkose, saasnt der viser sig Tegn paa optrækkende Anfald, idet Stroganoff ikke deler den meget almindelige Opfattelse, at Chloroform, som værende en Protoplasmagift, er særlig farlig for disse Patienter. Forbruget af Chloroform synes dog ikke at behøve at være stort, og han angiver saaledes ikke at have brugt over

40 cm³ i de første 12½ Time, efter hvilket Tidsrum det kun yderst sjældent er nødvendigt at anvende Narkose. Naar Patienterne har været anfaldsfri i 24 Timer, gives Chloral med større Mellemrum, til at begynde med hver 8. Time.

Stroganoff lægger endvidere Vægt paa rigelig Væsketilførsel, straks fra første Time efter Sygdommens Begyndelse, og han giver i Løbet af første Døgn pr. os eller eventuelt pr. rectum indtil 500 g fysiologisk Saltvand, og indtil 200 g Mælk.

Til den nøje Overvaagen af Patienterne hører ogsaa, at Hjertevirksomheden kontrolleres, og at der eventuelt gives Stimulantia, at Aspiration hindres ved omhyggeligt Mundtoilette og Lejring af Patienten paa Siden. Der sørges for ren, frisk Luft i Stuen og gives Iltinhalation efter Anfaldene.

Under denne Behandling lader man Fødslen forløbe spontant eller afslutter eventuelt denne, naar Forløsning kan ske ved forberedt Fødselsvej.

Fra 1910 følger Stroganoff efter *Zweifel* (198) hertil yderligere Aareladning. Han gør dog ikke den udstrakte Brug heraf som denne og anvender først Aareladningen, naar Anfaldene fortsættes under nævnte Behandling, eller Patienterne har haft et større Antal Anfald inden Behandlingens Begyndelse.

Med denne Behandling har Stroganoff naaet fremragende Resultater. I 1930 offentliggør han følgende Tal (166): Direkte under Stroganoffs Ledelse er behandlet 717 Patienter med 40 Døde (5,4 %). Desuden har Stroganoff overvaaget Behandlingen paa Okintchitz's Afdeling, der skal have særlig svære Tilfælde, indlagte fra andre Hospitaler. Her er behandlet 343 Patienter med 25 Døde (7,3 %).

Som det ses er denne Mortalitet paa 6—7 % en betydelig Forbedring fra den Dührssen—Bumm'ske Periode med en Mortalitet paa 12—15 %.

Man har fra forskellig Side søgt at forklare Stroganoffs gode Resultater ved at antage, dels at en Del af hans Tilfælde ikke er ægte Eklampsi, hvilken Antagelse dog er gendrevet med stor Kraft af Stroganoff, dels ved at antage, at Eklampsitilfældene i Rusland er særlig lette. De Mortalitetstallene, som Stroganoff angiver for andre russiske Afdelinger, inden disse har indført hans Behandling, tyder dog ikke herpaa.

Mere sandsynlig derimod er den Antagelse, at der paa Stroga-

noffs egen Afdeling fortrinsvis behandles lette Tilfælde. *Stauder* (160), der har besøgt denne, meddeler saaledes, at ca. 70 % af *Stroganoffs* Patienter ingen Anfald har før Indlæggelsen, et usædvanlig stort Tal, der viser, at han har de gunstigst mulige Betingelser for en hurtig Indledning af Behandlingen, hvilket maa give ham et betydeligt Forspring. Blandt de Patienter, der har Anfald før Indlæggelsen, beregner *Stauder* en Mortalitet paa 9,3 %.

Denne Reservation gælder dog ikke Resultaterne paa *Okintschitz'* Afdeling, hvor Mortaliteten var saa lav som 7,3 %.

Naar *Stroganoffs* Metode er refereret saa udførligt, skyldes det ikke blot de fremragende Resultater, der er naaet med den, og dens stadig større Udbredelse, men ogsaa at et stor Del af denne Behandlingsmaades Sukces sikkert beror paa den omhyggelige, konsekvente Gennemførelse af alle Detailler.

Stroganoffs eller *Stroganoff*—*Zweifels* Behandling, som den sidst udvidede Form ogsaa undertiden kaldes, vinder stadig flere Tilhængere, og man kan endda sige, at enkelte af dens Principper er blevet Almeneje, for saa vidt som selv de mest konsekvente Tilhængere af den operative, hurtige Forløsning (saaledes *Stoeckel*) om fornødent kombinerer denne med en regulær *Stroganoff*-behandling efter Forløsningen. Der er altsaa næppe nogen, der vil benægte Betydningen af de 2 Principper i denne: Undgaaelse af ydre Irritamenter og Undertrykkelse af Anfaldene ved Narkotica.

Det er paa andre Punkter, at Forskellighederne findes, og det er her udelukkende Spørgsmaalet om, hvorvidt Patienterne skal føde spontant eller forløses kunstigt, og paa hvilket Tidspunkt og ved hvilke Midler dette skal foregaa, der er brændende.

Traditionerne fra *Dührssen*—*Bumm's* Skole er stadig ført videre. Bestemmende for disse den hurtige Forløsnings Talsmænd har særlig Undersøgelserne været, der viser Indflydelsen af Tidspunktet for Forløsningen efter Krampernes Begyndelse. For at nævne nogle Eksempler finder følgende:

Tabel 145.

Mortalitet ved Forløsning efter

	1 Time	2-4	5-8	9-12	13-24	24 Timer
Rohrback . . .	0 %	4,2 %	16,7 %	50,0 %	66,7 %	—
Freund ,	0 %	12,5 %	14,9 %	18,9 %	23,1 %	30,0 %

10*

Det er særlig denne Paavisning af de gunstige Resultater i de første Timer af Sygdommen, der har ført til Kravet om »Frühentbindung« af alle Patienter, hvilket er gennemført med størst Konsekvens af *Stoeckel* (164), der, som han selv siger, »forløser straks og hurtigt, hvilket vil sige med samme Hurtighed som ved en livsfarlig Blødning«, og kræver at Patienterne skal være forløst inden $\frac{1}{4}$ Time efter Indlæggelsen, hvorfor der afstaas fra større Undersøgelse og Forberedelse af Patienterne. Det drejer sig altsaa ikke blot om en »Frühentbindung« med Forløsning paabegyndt hurtigst muligt efter Krampernes Begyndelse, men ogsaa om »Schnellentbindung«, med den hurtigst muligt gennemførte Forløsning. *Stoeckel* (164) foretrækker hertil det transperitonæale, cervicale Kejsersnit.

Med denne Behandlingsmaade kunde *Stoeckel* i 1927 meddele 119 Tilfælde med 10 Døde (8,4 %).

Til den absolut afventende og den absolut aktive Retning er der i de sidste 20 Aar desuden kommet en Retning, der indtager et Mellemstandpunkt, for saa vidt som dennes Tilhængere principielt begynder med Stroganoff—Zweifels Behandling, men hertil eventuelt følger en operativ Forløsning, hvis den paabegyndte konservative Behandling ikke synes tilstrækkelig virksom. Behandlingen bliver saaledes mere individualiserende og kaldes ogsaa (efter *Engellmann* (40)) »Therapie der mittleren Linie«; ofte indledes og paaskyndes Fødslen, samtidig med den konservative Behandlings Begyndelse, ved skaansomme Midler, Hindesprængning o. lign.

Denne »Therapie der mittleren Linie« er udviklet paa Basis af den Stroganoff—Zweifelske Behandling. *Stroganoff* ventilerer selv i 1909 Muligheden af i visse Tilfælde at maatte afslutte Fødslen operativt, men er dog fraveget dette Standpunkt igen, idet han senere (1926) erklærer endnu at have kunnet undvære saadanne Indgreb.

Den anden af den ekspektative Terapis Pionerer: *Zweifel*, siger i 1917: »Die Notwendigkeit zum sofortigen Operieren wollen wir zugestehen, wenn nach dem Aderlass und Narcotika die Anfälle fortbestehen«. *Forssner* (48), der har indført Stroganoff—Zweifels Behandling i Skandinavien, skriver i 1917: »Die zukünftige Methode wird deshalb voraussichtlich weder die aktive, noch die passive, sondern eine Kombination von beiden sein«.

Der anvendes altsaa i Øjeblikket 3 Behandlingsformer:

- I) Den absolut aktive, med øjeblikkelig Forløsning. (»Früh- und Schnellentbindung«) (*Stoeckel*).
- II) Den individualiserende. (»Therapie der mittleren Linie«). *Engelmann*.
- III) Den absolut afventende. *Stroganoff*—*Zweifel*.

Fælles for alle 3 Fremgangsmaader er Behandlingen i Uddrivningstiden, idet selv de mest afventende anvender Forløsning ved forberedt Fødselsvej. Ens er endelig i store Træk Behandlingen ved Eklampsi udbrudt efter Fødslen, idet vistnok alle her anvender *Stroganoff*—*Zweifels* Behandling.

Forskellighederne gælder altsaa alene Svangerskabets og Uddrivningstidens Eklampsier, og det er altsaa særligt her, at Resultaterne skal sammenlignes.

De fleste offentliggjorte Statistiker har dog ikke taget Hensyn til en saadan Inddeling af Materialet.

Een fra *Stroganoff*-Behandlingen noget afvigende Fremgangsmaade er den saakaldte Dublinmetode, der er ved at vinde Indpas i England og Amerika.

Denne Metode er udformet af *Tweedy* paa Rotunda Hospital i Dublin. Metoden er som *Stroganoffs* absolut afventende. Hovedpunkterne i Behandlingen er følgende (efter *Solomons* (157)):

- 1) Diæta absoluta. Patienten faar kun Vand.
- 2) Langvarig, grundig Maveudskylning. Til Slut Indhældning af Magniumsulfatopløsning.
- 3) Grundig Tarmudskylning.
- 4) Morfin (der dog anvendes mindre og mindre).
- 5) Nøje Overvaagen af Patienten, hvor der særlig passes paa, at Patienten ikke »drukner« i sin egen Slim.

Hvis der ingen Bedring kommer i Løbet af 3 Dage, ventileres Muligheden af Forløsning ved Kejsersnit eller Indledning af Fødslen.

Som det ses, er det væsentligste nye i denne Behandlingsmaade de store Ventrikel- og Tarmudskylninger, hvilket Led i Behandlingen ogsaa har fundet Indpas andre Steder, f. Eks. paa Fødselsstiftelsen i København.

Ved denne Behandling har Mortaliteten paa Rotunda Hospital fra 1903—22 været 10,29 %.

Behandlingsresultaterne er altsaa stadig blevet bedre. Mellem de 3 Hovedmetoder er Afvigelserne ikke store. Af de rent ekspektative har *Stroganoff* 6,1 %, *Zweifel* 8,8 % og *Rotunda Hospital* 10,29 %'s Mortalitet.

Med den individualiserende Behandling har *Engelmann* 10,3 %'s Mortalitet, og med rent aktiv har *Stoeckel* 8,4 %'s Mortalitet. For at faa bedre Indtryk af Behandlingsresultaterne er det nødvendigt at have tilstrækkelig store Tal. De siden 1910 offentliggjorte Behandlingsresultater er derfor samlet i Tabel 146.

En saadan Sammenstilling af Tal fra mange forskellige Afdelinger og fra forskellige Lande maa selvfølgelig vurderes med en vis Forsigtighed, idet, som det tidligere er set, ogsaa andre Faktorer end selve Behandlingsmaaderne kan tænkes at influere paa Resultaterne.

Endelig er de offentliggjorte Behandlingsresultater sikkert for langt den største Dels Vedkommende fremkommet spontant, det er derfor rimeligst at antage, at det er de gunstigste, og at en Del Afdelinger med ugunstigere Resultater, særlig ikke-special Afdelinger, ikke har følt sig fristede til at offentliggøre disse, og Tallene angiver saaledes antagelig det bedste, man har naaet.

Tabel 146.

Forfatter	Sted	Aar	Behandling	Ptt. ialt	†	Mort i %
Kapferer	Freiburg	1911	ekspekt. Strog.	5	0	0
Roth	Leipzig	1911	do.	50	4	8,0
Voigt		1912	do.	16	7	43,0
Zöpritz		1912	do.	6	0	0
Rohrbach	Breslau	1906—12	aktiv	87	14	16,1
Schnock	Köln	1912	ekspekt. Strog.	15	0	0
Schiller	Königsb.	1912	do.	42	5	11,5
Primo	Rusland	1913	do.	381	30	7,9
Strempel	Oynhausen	1913	do.	4	0	0
Schmidt	Bremen	1910—13	do.	38	10	26,3
Wegner		1913	do.	32	4	12,5
Eisenreich	München	1906—11	aktiv	153	27	17,6
do.	do.	1913—14	ekspekt. Strog.	43	6	13,9
Mingelen	Leyden	1916	do.	37	5	13,5
Ruge	Berlin	1906—17	aktiv	574	103	17,9
Freund	Berlin	1904—12	do.	551	95	17,2

Forfatter	Sted	Aar	Behandling	Ptt. ialt	†	Mort. i %
do.	Berlin	1912—17	individ.	213	31	14,6
Cragin	New-York	1917	do.	138	20	14,5
Mc.Pherson	do.	1918	ekspekt. Strog. ..	55	7	12,7
Russiske Afd. (cit. Strog.)	1918		do. ..	217	22	10,1
Zacherl	Graz	1910—20	individ.			12,8
Balard og Mar- saudon	Bordeaux	1900—20	do.	82	12	14,6
Powitzer	Berlin	1911—20	individ.	255	44	18,0
Seehafer	Greifswalde	1911—18	aktiv			17,4
do.	1918—22		individ.			10,5
Lichtenstein	Leipzig	1911—21	ekspekt.	317	28	8,8
Solomons	Dublin	1910—23	ekspekt. Dubl.met.	136	15	11,0
Heinlein	Bochum	1906—23	aktiv	253	39	15,4
Beck	New-York	1917—23	ekspekt.	38	7	18,4
Westphal	Hamburg	1914—24	individ.	189	16	8,5
Süss	Osnabrück	1924	do.	44	2	4,5
Fürst	Frankfurt	1924	aktiv Frühentb. .	40	6	15,0
Wilson	Baltimore	1912—24	ekspekt.	137	19	13,8
Speidel	Louisville	1924—25	do. Dubl.met.	11	7	18,2
Liebmann	Budapest	1917—25	individ.	80	10	12,5
Williams	Baltimore	1912—26	ekspekt. Strog. ..	165	22	13,3
Mc.Neile	Los Angeles	1926	do. ..	103	14	13,6
Hochenbichler	Wien	1910—26	individ.	275	50	18,2
Greenhill	Chicago	1917—26	aktiv	78	6	7,7
Stoeckel	Berlin	1922—26	aktiv Frühentb. .	119	10	8,4
Wirz	Köln	1924—27	aktiv	92	17	18,4
Waldstein	Wien	1909—27	do. Frühentb. .	117	2	1,7
Miller	Edinburgh	1923—27	ekspekt.	159	28	17,6
Martin	Elberfeld	1927	aktiv Frühentb. .	97	9	9,3
Katsuya	Japan	1927	ekspekt. Strog. ..	20	1	5,0
Eberhard	Hannover	1926—27	individ.	23	3	8,7
Baumgart	Kassel	1922—27	aktiv Frühentb. .	71	14	19,7
Atzerodt	Giessen	1914—27	ekspekt. Strog. ..	60	7	11,6
Wiener Klin. (cit.Engelmann)	1920—27		individ.	449	45	10,0
Steinforth	Essen	1913—28	do.	144	24	16,6
Rupp	Bonn	1919—28	do.	111	15	13,5
Schwartz og Dichmann	St. Louis	1929	ekspekt.	39	3	7,7
Klein	Mainz	1919—29	individ.	81	6	7,4
Klaften	Wien	1921—28	do.	178	13	7,3
Hammerschlag	Königsb.	1928	do.	158	15	9,5
Engelmann	Dortmund	1911—28	do.	332	34	10,3
Stroganoff	Leningrad	1910—30	ekspekt. Strog. ..	1060	65	6,1
Ialt				8170	993	12,2

Naar Undersøgelserne som her kun gælder en Sammenligning mellem de forskellige Behandlingstyper, kan man dog antagelig se bort fra disse forskellige Indvendinger og antage, at det er et ret ensartet Materiale. Bedre var det selvfølgelig dog, om man havde Mulighed for at faa et Skøn over Tilfældenes Alvorlighed ved en ensartet Inddeling af Materialet i lette og svære Tilfælde, i Lighed med den engelske og den i vort Materiale foretagne.

I Tabel 146 findes Oplysninger fra ialt 55 Afdelinger. Dette er selvfølgelig kun en ringe Del af samtlige Afdelinger, der har behandlet Eklampsier, men man faar dog det Indtryk, at medens i første Halvdel af Perioden Kampen stod mellem den aktive og den ekspektative Behandling, saa er i sidste Halvdel den individualiserende Behandling den mest anvendte. For de tyske Afdelinger er Tallet følgende:

Tabel 147.

	Aktiv	Individual	ekspekt. Behandling
1910—20	5	3	10 Afd.
1920—30	7	13	2 »

Paa de 55 Afdelinger er ialt behandlet 8170 Patienter med en Mortalitet paa 12,2 %. Mortaliteten er faldende i hele Perioden, og er saaledes 1910—20: 14,9 %, og 1920—30: 10,6 %.

Undersøges de samlede Resultater ved de forskellige Behandlingsmaader ses (Tabel 148), at Mortaliteten er størst for den aktive Behandlingsmaade: 15,3 %, mindre for individualiserende: 12,3 %, og mindst for den ekspektative: 9,8 %.

Deles Materialet atter i 2 Perioder, før og efter 1920, ses, at medens den ekspektative Behandlingsmaade væsentlig giver samme Resultater, er der sket en betydelig Forbedring for den individualiserende og særlig for den aktive Fremgangsmaade, hvor »Frühentbindung« udvikles yderligere. I Perioden 1920—30 er der kun ringe Forskel paa de forskellige Metoders Resultater.

Tabel 148.

	Ptt. ialt	aktiv		Ptt. ialt	indiv.		Ptt. ialt	ekspekt.	
		†	Mort. i ‰		†	Mort. i ‰		†	Mort. i ‰
1910—20 ..	1365	239	17,5	688	107	15,6	941	100	10,6
1920—30 ..	867	103	11,9	2064	233	11,3	2245	211	9,4
1910—30 ..	2232	342	15,3	2752	340	12,3	3186	311	9,8

Differense mellem aktiv-indiv. = 3 %, Middelfejl = 1,0 ($3 \times \mu$).

Differense mellem aktiv-ekspekt. = 5,5 %, Middelfejl = 0,9 (ca. $6 \times \mu$).

Differense mellem indiv.-ekspekt. = 2,5 %, Middelfejl = 0,8 (ca. $3 \times \mu$).

Hvor forsigtig man skal være med at drage Slutninger af mindre Variationer i et saadant statistisk Materiale viser dog et Par kompletterende Beregninger. Fradrages nemlig de 2 Afdelinger, om hvis Tilfældes Alvorlighed der er draget Tvivl, nemlig Waldsteins og Stroganoffs, faas samme Mortalitet i den ekspektative og den individualiserende Gruppe for Aarene 1920—30 (11,2 og 11,3 %), medens de aktives stiger til 13,5 %.

Undersøges Forholdene alene for Tyskland og Østrig, for at faa et saa ensartet Materiale som muligt, ses Resultaterne væsentlig uforandrede (Tabel 149).

Tabel 149.

	Ptt. ialt	aktiv		Ptt. ialt	indiv.		Ptt. ialt	ekspekt.	
		†	Mort. i ‰		†	Mort. i ‰		†	Mort. i ‰
1910—20 ..	1365	239	17,5	468	75	16,0	251	36	14,3
1920—30 ..	789	97	11,0	2064	232	11,2	377	35	9,3
1910—30 ..	2154	336	15,6	2532	307	12,1	628	71	11,3

Differense mellem aktiv-indiv. = 3,5 %, Middelfejl = 1,1 ($3,2 \times \mu$).

Differense mellem aktiv-ekspekt. = 4,3 %, Middelfejl = 1,5 ($2,9 \times \mu$).

Differense mellem indiv.-ekspekt. = 0,8 %, Middelfejl = 1,4 ($< \mu$).

Udskilles af de Aktives Gruppe de, der er behandlet konsekvent med »Frühentbindung«, faas for disse en Mortalitet paa 9,2 %, med Fradrag af Waldsteins Afdeling 11,9 %. Antages Mortaliteten for denne Gruppe at ligge omkring 10 %, ses, at der i Aarene 1921—30 ikke er nogen væsentlig Forskel paa Resultaterne med de 3 Behandlingsmaader.

Den foretagne Opgørelse af Mødremortaliteten alene giver alt-saa ingen Oplysninger om, hvilken af de 3 Hovedmetoder, der i Øjeblikket skal foretrækkes. Til Gunst for den aktive kan tale dens lavere Børnemortalitet, men det maa ogsaa erindres, at denne Metode kun kan konkurrere med de andre Metoder, naar den praktiseres som »Früh- og Schnellentbindung« og for at gennemføre denne kræves for det første, at Patienterne kan indlægges meget hurtigt, hvilket ikke kan ske for store Dele af Landbefolkningen, og for det andet udfordres hertil en langt større teknisk Færdighed og speciel Erfaring, som de andre Metoder, specielt den ekspektative, ikke kræver. Og man maa huske paa, at Flertallet af et Lands Eklampsier ikke behandles paa Specialafdelinger, men paa kirurgiske Afdelinger, hvor Eklampsien er en sjælden Lidelse. I vor Materiale er saaledes kun ca. en Trediedel behandlet paa Specialafdelinger.

Mod den aktive Behandling taler ogsaa, at denne i et vist Antal Tilfælde kan efterlade blivende Følger efter paadragne Læsioner i Form af Blærefistler o. lign.

Til Slut skal Forholdene i Skandinavien behandles særskilt. Statistiken herfra er mere værdifuld. For det første fordi Patientmaterialet sikkert er ret ensartet, for det andet endelig fordi Udvalget ikke er tilfældigt, som i den foregaaende Statistik. Takket være Kongressen i Oslo 1929 er nemlig Tallene disponible for samtlige Specialafdelinger i Skandinavien. Der blev her af 13 Afdelinger meddelt ialt 2514 Tilfælde med 263 Døde (Mortalitet 10,5 %). De enkelte Resultater ses af Tabel 150.

Som det ses, er de fleste (8) Afdelinger gaaet over til individualiserende Behandling, 4 er stadig rent aktive, og 1 rent ekspektativ. De absolut laveste Mortalitetsværdier er naaet med den individualiserende Behandling, saaledes *Hauch* 5 %, *Forssner* 5,4 % og *Gammeltoft* 6,0 %. Kun lidet højere er dog *Albecks* Resultater for en længere Periode med 7,1 %, og samme Mortalitet har *Bovin* med rent ekspektativ Behandling.

Sammendrages faas ialt væsentligt samme Forhold mellem de forskellige Metoders Resultater, som i den forrige Statistik. Lavest staar den ekspektative, uden at Forskellen dog er statistisk sikker. Naar Udviklingen ikke desto mindre mere og mere gaar i Retning af at foretrække den individualiserende Behandling, og saaledes i Øjeblikket kun een Afdeling (*Bovin*) er rent ekspek-

T a b e l 150.

Forfatter	Sted	Aar	Behandling	Ptt. ialt	†	Mort. i %
Kjelland-Mørdre	Oslo	1906—15	overv. aktiv	190	31	16,3
	»	1916—27	individ.	284	33	11,6
S. L. Petersen	Bergen	1912—28	individ.	103	8	8,1
Forssner	Stockh.	1913—19	rent ekspekt.	109	11	10,0
	»	1920—28	ekspekt. (mere in- divid.)	148	8	5,4
Bovin	»	1911—20	ekspekt.	156	11	7,1
	»	1920—24	do.	56	6	10,7
	»	1924—28	do.	70	5	7,1
Olow	Upsala	1924—28	overv. aktiv	28	1	3,6
Essen-Møller	Lund	—1928	aktiv	132	18	13,6
Thulin	Gøteborg	1918—19	aktiv	42	3	7,1
	»	1920—28	individ.	125	14	11,2
Grøné	Malmø	1915—23	aktiv	135	16	11,9
Wichmann	Helsingf.	1911—28	individ.	256	34	13,2
Gammeltoft	Københ.	1919—23	overv. aktiv	81	11	13,6
	»	1924—28	overv. ekspekt. ..	50	3	6,0
Hauch	»	1910—20	aktiv	211	25	11,8
	»	1921—23	Overgangssper. ..	59	5	8,5
	»	1924—28	individ.	80	4	5,0
Albeck	Aarhus	1911—28	aktiv	141	10	7,1
Boije	Finland	—1921	aktiv	67	6	8,9

Ialt.

	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Diff.	Middelfejl
Aktiv	999	120	12,0	3,6 % (2,1 × Middelfejlen)	1,7 %
Individ.	1074	105	9,8		
Ekspekt.	391	33	8,4		

tativ, maa dette veje stærkere end den ene Procent, der skiller Resulaterne mellem ekspektativ og individualiserende Behandling i dette Materiale, og som kan bero paa Tilfældigheder.

Fra Frankrig findes desværre saa godt som ingen Statistiker fra de senere Aar, hvilket er beklageligt, da Udviklingen der synes at være foregaaet roligere, og franske Accoucheurer allerede tidligt synes at være naaet til den individualiserende Behandling, som nu er den mest udbredte ogsaa andet Sted. Allerede paa Kongressen i Paris 1911 tager *Commandeur* (30) saaledes Afstand fra de tyske Aktivisters »traitement heroique« og tilraader

en individualiserende Behandling, hvor der først forsøges en energisk, medicamentel Behandling med eventuel Afslutning af Fødslen ved forberedt Fødselsvej, og kun hvis denne Behandling ikke medfører nogen Bedring, eller Symptomerne forværres, skrides til øjeblikkelig Forløsning.

De meddelte Resultater fra England var, som det saas, ogsaa faatallige. Omtales maa dog de Resultater fra Afdelinger fra hele England, der meddeltes ved Kongressen i Liverpool 1922 (21).

Ialt fremlagdes her 2005 Tilfælde med 22,5 %'s Mortalitet. Bedømmelsen af Behandlingsresultaterne vanskeliggjordes som i vort Materiale ved at Tallene stammede fra et større Antal Hospitaller med meget forskellig og broget Behandling, og blev yderligere vanskeliggjort ved at Behandlingen ikke syntes at være sket efter bestemte Linier. *Eden*, der kommenterede Resultaterne, kom til den Konklusion, at Tallene tyder paa, at Mortaliteten stiger med Indgrebenes Størrelse (Tabel 151).

T a b e l 151.
Mortalitet i Procent.

	lette Tilf.	svære Tilf.
Nat. Fødsel	4,5	36,9
Forløsning	5,6	31,7
Indledet Fødsel	6,6	26,4
Sect. cæsarea	11,3	46,3
Accouchement forcée	18,1	63,1

Om Anvendelsen af Aareladning og Narkotica udtaler han sig med stor Forsigtighed. Tallene synes at tyde paa, at Aareladning og Morfin ikke har nogen gunstig Indflydelse, men, som han selv siger, egner Materialet sig ikke til en saadan Afgørelse, idet Behandlingen har været meget varierende med Anvendelse af talrige andre Midler, hvis Virkning ikke kan udskilles. Som Helhed mener han, at Patienterne overbehandles og at de ret daarlige engelske Resultater for en Del kan skyldes, at Patienterne maltraktes paa en Maade, »which might be expected to reduce a parturient woman in good health almost to the point of death, and must have done serious harm to one suffering from a grave toxæmia.«

Som Helhed er *Eden* altsaa, efter Studiet af disse Tal, Talsmand for en skaanende, ekspektativ Therapi, og man har ogsaa

Indtryk af, at Udviklingen i England siden da er gaaet i denne Retning med vaagnende Interesse for Stroganoffs Behandling og Dublinmetoden.

I de tidligere Tal er alle Eklampsier medregnede, ogsaa de efter Fødslen udbrudte. Foretages Mortalitätsberegningerne alene for de inden denne udbrudte, ved Hjælp af de tilgængelige Tal ses, at Resultaterne ikke forrykkes (Tabellerne 152 og 153).

T a b e l 1 5 2.

Svangerskabs- og Fødselseklampsier.

	Ptt. ialt	aktiv		Ptt. ialt	indiv.		Ptt. ialt	ekspekt.	
		†	Mort. i %		†	Mort i %		†	Mort. i %
1910—20 ..	989	174	17,6	149	21	14,1	—	—	—
1920—30 ..	954	148	15,5	553	78	14,1	745	100	13,4
1910—30 ..	1943	322	16,6	702	99	14,1	745	100	13,4

Svangerskabseklampsi.

1910—30 ..	139	30	21,6	25	4	16,0	289	36	12,5
------------	-----	----	------	----	---	------	-----	----	------

Fødselseklampsi.

1910—30 ..	441	70	15,9	261	46	17,6	294	35	11,8
------------	-----	----	------	-----	----	------	-----	----	------

T a b e l 1 5 3.

*Skandinavien.**Svangerskabs- og Fødselseklampsier*

	Ptt. ialt	Døde	Mortal. i %
Aktiv	379	46	12,1
Individ.	773	85	11,0
Ekspekt.	291	25	8,6

*Svangerskabsekl.**Fødselsekl.*

	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %
Aktiv	113	13	11,5	126	10	7,9
Individ.	206	27	13,1	330	30	9,1
Ekspekt. ...	139	16	11,5	199	14	7,0

Den danske Landsstatistik.

Formaalet med Undersøgelsen af dette Materiales Behandlingsresultater maa være, at skaffe Klarhed over, hvilke Behandlingsmaader, der i Øjeblikket anvendes herhjemme, og hvilke Resultater disse under de givne Forhold har givet.

Endelig maa det undersøges, om man af disse Tal kan drage Slutninger, der er af Betydning for vor fremtidige Behandling af Sygdommen.

Som det allerede tidligere er fremhævet, lider et saa broget Materiale som det foreliggende selvfølgelig af visse Mangler, der kræver stor Forsigtighed i Bedømmelsen. Det drejer sig her ikke om Sammenligning af Resultater fra Specialafdelinger, hvis Behandling foregaar efter bestemte Retningslinier, men om Tal fra mange smaa og store Sygehuse med forskellig Behandling, ofte vekslende blandt de enkelte Tilfælde. Det har derfor ikke været muligt at inddele efter Sygehusene, saaledes at f. Eks. Resultaterne fra Sygehuse, der behandlede aktivt, sammenfattedes og sammenlignedes med Resultaterne fra saadanne, der behandlede ekspektativt. Det har været nødvendigt at klassificere de enkelte Tilfælde efter Behandlingsmaaden. For overhovedet at kunne bedømme Resultaterne, har det desuden været nødvendigt at inddele i lette og svære Tilfælde. Anvendes bestemte Behandlingsmaader kun ved de svære Tilfælde, faar man nemlig et ganske skævt Billede af, hvad disse udretter, ved kun at beregne den totale Dødelighed for den paagældende Behandlingsmaade.

Ganske det samme gælder Tidspunktet i Forhold til Fødslen. Kejsersnittene anvendes f. Eks. paa et Tidspunkt, hvor Prognosen for alle Behandlingsmaader er særlig alvorlig. Resultaterne kan derfor kun sammenlignes med de ad anden Vej i samme Periode vundne.

Ogsaa andre Faktorer kan tænkes at spille en Rolle, saaledes Patienternes Alder og Fødselstal, hvorfor det ogsaa maa undersøges, om Forskelligheder her kan have spillet nogen Rolle, der kan forrykke Vurderingen af Resultaterne.

En yderligere Komplikation viser sig ogsaa derved, at Fødselsstiftelserne paa flere Punkter har gunstigere Forhold at ar-

bejde under (hurtigere Indlæggelse, yngre Patienter o. s. v.). Hvis disse (Stiftelserne) nu anvender en bestemt Behandlingsmaade, f. Eks. Stroganoffs i større Udstrækning end Sygehusene, maa det totale Antal af disse Patienter, alene ved det større Tilskud fra Stiftelserne, vise lavere Mortalitet end andre Grupper, der alene eller overvejende stammer fra Sygehusene Materiale. Denne Vanskelighed kan man dog komme over ved at betragte Resultaterne særskilt for Sygehusene og Stiftelserne.

De anvendte Behandlingsmaader.

En samlet Opgørelse af hvilke Behandlingsmaader der er anvendt, ses af Tabel 154.

Det mest iøjnefaldende ved denne er det store Antal blandt de praktiserende Lægers Patienter, der ingen Behandling faar eller som forløses ved forberedt Fødselsvej, hvilket er en simpel Følge af, at Lægerne kun behandler lette Tilfælde og Tilfælde, der optræder ved Fødselens Afslutning i Hjemmet, medens de andre indlægges.

Blandt Sygehusenes og Stiftelsernes Patienter har et omtrent lige stort Antal ingen Behandling faaet. Derimod anvendes Kejsersnittene noget hyppigere paa Sygehusene (32,2 %) end paa Stiftelserne (24,9 %), og dette gælder særlig det abdominale Kejsersnit, der er anvendt hos 10,4 % af Sygehusenes Patienter, men kun hos nogle faa af Stiftelsernes (paa særlig Indikation).

Derimod anvendes Stroganoffs Behandling hyppigere paa Stiftelserne (38,1 %) end paa Sygehusene (28,5 %). Disse Tal giver dog ikke noget helt udtømmende Billede af de sidstnævnte Behandlingsmaaders Anvendelse. Undersøges Forholdet Aar for Aar ses nemlig (Tabel 155 og 156), at Stiftelsernes Antal Kejsersnit aftager stærkt fra 1923, idet den københavnske Fødselsstiftelse her slaar om fra aktiv til mere ekspektativ Retning, medens Sygehusene fortsat anvender Kejsersnittene hos over en Fjerdedel af Patienterne. Svarende hertil er Antallet af Stroganoff-behandlede Patienter stærkt stigende blandt Stiftelsernes Patienter, saaledes at henved Halvdelen af disse faar denne Behandling i de sidste Aar. Sygehusene anvender ogsaa Stroganoffs Behandling i noget stigende Grad, men endnu i mindre Omfang end Stiftelserne.

Tabel 154.

	P.		S.		St.		Ialt	
	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %
Ingen Beh.	44	39,3	63	8,6	51	12,0	158	12,5
Strog.beh.	7	6,3	153	20,9	107	25,2	267	21,0
do. + Forløn. . .	1	0,9	55	7,6	55	12,9	111	8,8
(Alle Strog.beh.	8	7,2	208	28,5	162	38,1	378	29,8)
Dilat. + Forløn. ¹⁾ . .	7	6,2	72	9,8	34	8,0	113	8,9
Forløn.	52	46,4	153	20,9	72	17,0	277	21,8
Sect. cæs. abd.	1	0,9	76	10,4	4	0,9	81	6,4
do. vag.	0	0	159	21,8	102	24,0	261	20,6

¹⁾ Ved Dilatation + Forløsning forstaaes Dilatation af collum, stumpet eller ved Klip i collum med paafølgende Fremtrækning eller Tangforløsning. Ved Forløsning forstaaes alene sidstnævnte Indgreb.

Tabel 155.

Antallet af Sectiones cæsarea i % af samtlige Ptt.

	1918	19	20	21	22	23	24	25	26	27
S.	37,0	31,4	36,2	31,8	27,9	36,4	24,3	25,0	35,3	24,0
St.	25,0	42,1	33,3	28,3	20,0	7,7	2,6	8,6	10,8	10,8

Tabel 156.

Antallet af Stroganoff-behandlede Ptt. i % af samtlige Ptt.

	1918	19	20	21	22	23	24	25	26	27
S.	10,9	13,7	11,6	21,2	20,9	18,2	24,3	28,3	27,1	31,3
St.	15,4	15,8	29,2	26,1	31,1	53,8	31,6	45,7	51,4	43,2

Af Tabel 157 ses Behandlingsresultaterne. Den ureducerede Mortalitet er for samtlige Patienter 15,5 %, for de praktiserende Læger 16,1 %, for Sygehusene 19,3 % og for Stiftelserne 8,9 %.

Fradrages de Patienter, der indlægges moribunde og dør uforløste, er Mortaliteten for Sygehusene 18,6 %, for Stiftelserne 8,2 %.

De Resultater, der er naaet paa de danske Specialafdelinger, kan altsaa maale sig med de bedste, der er naaet andet Steds, og regnes kun de sidste 5 Aar, hvor Behandlingen har været ekspektativ, individualiserende, er den ureducerede Mødremortalitet endda saa lav som 7,5 %.

Sygehusenes Resultater med 19,3 %'s Mortalitet er derimod daarligere; et Forhold der senere skal vendes tilbage til.

De Patienter, der ingen særlig Behandling har faaet, har, som de formentlig letteste Tilfælde, den laveste Mortalitet (9,5 %).

Dette gælder særligt Stiftelsernes Materiale, hvor kun 1 af 51 Patienter dør. Derimod er Mortaliteten i denne Gruppe 12,7 % for Sygehusene og 13,6 % for de praktiserende Læger, hvilket man dog maa formode skyldes, at der heriblandt findes haabløse Tilfælde, hvor Behandling ikke naas, hvad der dog ikke fremgaar af Oplysningerne.

Tabel 157.
Behandlingsresultater.

	Ptt. ialt	P. †	Mort. i %	Ptt. ialt	S. †	Mort. i %
Ingen Beh.	44	6	13,6	63	8	12,7
Strog.beh.	7	3	42,9	153	33	21,6
do. + Forløsn. . .	1	0	0	55	9	16,4
(Alle Strog.beh. . .	8	3	37,5	208	42	20,2)
Dilat. + Forløsn. .	7	3	42,9	72	11	15,3
Forløsn.	52	6	11,5	153	23	15,0
Sect. cæs. abd. . . .	1	0	0,0	76	21	27,5
do. do. vag. . . .	—	—	—	159	31	19,5
Ialt	112	18	16,1	731	136	18,6
Døde uforløste . . .	—	—	—	6	6	100,0
(Ukendt Beh.	4	—	—	5	0	0)
Ialt	112	18	16,1	737	142	19,3
	Ptt. ialt	St. †	Mort. i %	Ptt. ialt	ialt †	Mort. i %
Ingen Beh.	51	1	2,0	158	15	9,5
Strog.beh.	107	7	6,5	267	43	16,1
do. + Forløsn. . .	55	4	7,3	111	13	11,7
(Alle Strog.beh. . .	162	11	6,8	378	56	14,8)
Dilat. + Forløsn. .	34	1	2,9	113	15	13,3
Forløsn.	72	4	5,6	277	33	11,9
Sect. cæs. abd. . . .	4	1	25,0	81	22	27,2
do. do. vag. . . .	102	17	16,7	261	48	18,4
Ialt	425	35	8,2	1268	189	14,9
Døde uforløste . . .	3	3	—	9	9	—
(Ukendt Beh.	—	—	—	9	0	0)
Ialt	428	38	8,9	1277	198	15,5
Diff. mellem		S. (Mdf.)		St. (Mdf.)	ialt (Mdf.)	
Strog.-Sect. cæs. vag. .	0,7 %	(4,2 %)	9,9 %	(4,1 %)	3,6 %	(3,0 %)
— - - abd. . .	7,4 %	(5,8 %)	—	—	12,4 %	(5,3 %)

De abdominale Kejsersnit har den højeste Mortalitet (27,2 %). Det vaginale Kejsersnit har en Mortalitet paa 18,4 %, og i denne Gruppe er Forskellen mellem Stiftelsernes og Sygehusenes Resultater mindst udtalt (16,7 og 19,5 %), hvilket kan skyldes, at denne Behandlingsmaade er den mest »kirurgiske« og derfor har givet Sygehusenes overvejende kirurgisk indstillede Læger de relativt bedste Resultater.

For alle andre Behandlingsmaader er Sygehusenes Mortalitet nemlig fra 3—5 Gange større end Stiftelsernes. F. Eks. er Mortaliteten for de Stroganoff-behandlede 6,8 % paa Stiftelserne og 20,2 % paa Sygehusene.

For at undgaa Misforstaaelser, maa det dog bemærkes, at Rubriceringen af Sygehusenes Patienter har stødt paa den Vanskelighed, at det ikke af Opgivelserne er muligt at se, om den afventende Behandling er sket nøjagtig efter Stroganoffs Angivelser, det er derfor maaske med Urette, at dennes Navn knyttes til disse Patienters Behandling. Der anføres saaledes oftest kun, at der er givet Medicamina, eventuelt foretaget Aareladning, og intet om Doser og Hyppighed. Endelig anføres der ofte intet om, hvorvidt denne Behandling er udført, naar andre Forholdsregler har svigtet, muligvis som et ultimum refugium.

For hele Landet findes Mortaliteten lavere for Stroganoff-behandlede Patienter (14,8 %) end for Kejsersnittene og lavest af alle Behandlingsmaaderne staar endelig Forløsning pr. vias naturales ved uforberedt og forberedt Fødselsvej (13,3 og 11,9 %).

Som det ses, er der hidtil brugt den gængse Inddeling, og dette synes at vise, at Kejsersnittene, særlig det abdominale, har den største Mortalitet af samtlige Behandlingsmaader.

Gennemføres en Inddeling i lette og svære Tilfælde i Lighed med den engelske, ses (Tabel 158), at det særlig er de lette Tilfælde, hvor Kejsersnittene giver daarligere Resultater end Stroganoffbehandlingen og de mindre Indgreb. I de svære Tilfælde synes derimod det vaginale Kejsersnit at kunne konkurrere med Stroganoffbehandlingen, med en Mortalitet af henholdsvis 30 og 31,4 %.

Dette skyldes dog, som det ses, udelukkende Sygehusenes Andel i Tallene. Blandt Fødselsstiftelsernes Patienter er ogsaa i de svære Tilfælde de bedste Resultater naaet med Stroganoffbehandlingen.

T a b e l 158.
Sygehuse + Stiftelser.

	lette			svære Tilfælde		
	Ptt. ialt	†	Mort. i ‰	Ptt. ialt	†	Mort. i ‰
Ingen Beh.	86	2	2,3	8	4	50,0
Strog.beh.	162	13	8,0	70	24	34,3
do. + Forløsn. . .	67	1	1,5	32	8	25,0
(Alle Strog.beh. . . .	229	14	6,1	102	32	31,4)
Dilat. + Forløsn. . .	65	3	4,6	21	6	28,6
Forløsn.	133	8	6,0	25	4	16,0
Sect. cæs. abd.	29	4	13,8	26	11	42,3
do. do. vag.	124	14	11,3	90	27	30,0

Sygehuse.

Strog.beh.	114	12	10,5	53	22	41,5
Sect. cæs. abd.	28	4	14,3	23	10	43,5
do. do. vag.	73	10	13,7	39	14	35,9

Stiftelserne.

Strog.beh.	110	2	1,8	49	10	20,4
Sect. cæs. abd.	1	0	0	3	1	33,3
do. do. vag.	51	4	7,8	51	13	25,5

Stiftelserne.

	lette Tilf.		svære Tilf.	
	Mdf.		Mdf.	
Differense mell. Strog.beh.				
og Sect. cæs. vag.	6,0 %	4,0	5,1 %	8,4

Behandlingsresultater i de forskellige Perioder.

Svangerskabet.

Af Tabel 159 ses, hvilke Behandlingsmaader der er de foretrukne i denne Periode.

Som det ses er Kejsersnittet den mest anvendte Behandlingsmaade (i 56,8 % af Tilfældene). Sygehuse og Stiftelser har et omtrent lige stort Antal, dog med den indbyrdes Forskel at det abdominale Kejsersnit anvendes i ret stor Udstrækning paa Sygehusene og næsten ikke paa Stiftelserne.

Tabel 159.

	P.		S.		St.		ialt	
	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %
Ingen Beh.	1	(25,0)	16	4,5	1	0,8	18	3,8
Strog.beh.	1	(25,0)	38	10,8	34	27,6	73	15,2
do. + Forløsn. . .	—	—	24	6,8	12	9,8	36	7,5
(alle Strog.beh. . .	1	(25,0)	62	17,6	46	37,4	109	22,7)
Dilat. + Forløsn. .	1	(25,0)	54	15,3	3	2,5	58	12,1
Forløsn.	—	—	20	5,7	2	1,6	22	4,6
Sect. cæs. abd. . .	1	(25,0)	70	19,8	2	1,6	73	15,2
- - - vag. . .	—	—	131	37,1	69	56,1	200	41,6

I Hyppighed herefter kommer Stroganoffs Behandling (22,7%), mere end $\frac{2}{3}$ af disse er dog behandlet paa Stiftelserne. Sjældnere er der foretaget Dilatation af Collum og orificium med paafølgende Forløsning, og disse Tilfælde stammer næsten alle fra Sygehusene. Kun i 4,6 % af Tilfældene har Behandlingen blot været en Afslutning af Fødslen ved forberedt Fødselsvej.

Som Helhed er altsaa den aktive Fremgangsmaade den mest anvendte.

De Resultater, der er naaet med disse Behandlingsmaader, ses af Tabel 160.

Tabel 160.

*Behandlingsresultater.**Svangerskabet.*

	P.			S.		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
Ingen Beh.	1	0	0	16	1	6,3
Strog.beh.	1	0	0	38	9	23,7
do. + Forløsn.	—	—	—	24	6	25,0
(alle Strog.beh. . .	1	0	0	62	15	24,2)
Dilat. + Forløsn. . .	1	0	0	54	8	14,8
Forløsn.	—	—	—	20	6	30,0
Sect. cæs. abd.	1	0	0	70	20	28,6
- - - vag.	—	—	—	131	27	20,6
ialt.	4	0	0	353	77	21,8

		St.		ialt		
Ingen Beh.	1	0	0	18	1	5,6
Strog.beh.	34	2	5,9	73	11	15,0
do. + Forlœsn.	12	0	0	36	6	16,7
(alle Strog.beh. ...	46	2	4,3	109	17	15,6)
Dilat. + Forlœsn. ...	3	0	0	58	8	13,8
Forlœsn.	2	1	(50,0)	22	7	31,8
Sect. cæs. abd.	2	1	(50,0)	73	21	28,8
- - vag.	69	14	20,3	200	41	20,5
ialt.	123	18	14,6	480	95	19,8

	Stiftelserne.	ialt
	Middelfejl	Middelfejl
Differense mell. Strog.beh.		
og Sect. cæs. vag.	16,0 % 5,7 (ca. $2,8 \times \mu$)	4,9 % 4,5 ($=\mu$)

Den højeste Mortalitet har de Tilfælde, hvor den eneste Behandling er Forløsning ved forberedt Fødselsvej (31,8 %), hvilket selvfølgelig kan skyldes at disse Tilfælde, der næsten alle stammer fra Sygehusene, først paa et Tidspunkt, hvor denne Behandling er indiceret, er kommet til Behandling.

Herefter har Kejsersnittene den højeste Mortalitet. Det abdominale: 28,8 % og det vaginale: 20,5 %. Saa følger Stroganoff-Behandlingen med 15,6 % og Dilatation af collum med efterfølgende Forløsning: 13,8 %, og lavest er endelig Mortaliteten ved de Tilfælde, der ingen Behandling har faaet.

Forholdene er imidlertid ikke ens for Sygehusene og Stiftelserne, og det mest iøjnefaldende er her Forskellen paa Resultaterne af Stroganoff-behandlingen. Medens Mortaliteten nemlig de to Steder er ens for det vaginale Kejsersnit (20,6 og 20,3 %), har Stiftelserne en Mortalitet af kun 4,3 % i de Stroganoff-behandlede Tilfælde og Sygehusene ikke mindre end 24,2 %. I de 12 Tilfælde, hvor paa Stiftelserne Stroganoff-behandlingen er kombineret med Forløsning, er der endda ingen Døde.

Naar der ses bort fra Sygehusenes daarlige Resultater med Stroganoff-behandlingen, gælder det, at Mortaliteten stiger med Indgrebenes Størrelse.

Der melder sig imidlertid nu det Spørgsmaal, om de store Indgreb fortrinsvis repræsenterer de svære Tilfælde.

Af Tabel 161 ses, at dette til en vis Grad er Tilfældet. De, der ingen Behandling har faaet, er saaledes ganske overvejende de letteste Tilfælde, hvad der forklarer disses lave Mortalitet. Og Kejsersnittene repræsenterer de største Antal svære Tilfælde.

Et nøjagtigere Indtryk faas dog ved at beregne Behandlingsresultaterne særskilt for lette og svære Tilfælde (Tabel 162).

Tabel 161.

	%-Antal svære Tilfælde	Mort. i % blandt samtl. Ptt.
Ingen Beh.	9,1	5,6
Strog.beh.	23,9	15,0
do. + Forløn.	40,6	16,7
(alle Strog.beh.	32,3	15,6)
Dilat. + Forløn.	20,9	13,8
Forløn.	14,3	31,8
Sect. cæs. abd.	46,0	28,8
- - vag.	44,3	20,5

Tabel 162.

Svangerskabet.

	lette			svære Tilfælde		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
Ingen Beh.	10	0	0	1	1	(100,0)
Strog.beh.	44	3	6,8	17	4	23,5
do. + Forløn. ..	19	1	5,3	13	3	23,1
(alle Strog.beh. ..	63	4	6,3	30	7	23,3)
Dilat. + Forløn. .	34	2	5,9	9	3	33,3
Forløn.	12	2	16,7	2	0	0
Sect. cæs. abd. ...	27	4	14,8	23	10	43,5
- - vag. ...	88	11	12,5	70	23	32,9

	lette		svære Tilfælde	
	Middelfejl		Middelfejl	
Differens. mell. Strog.beh.				
og Sect. cæs. vag.	6,2 %	3,5	9,6 %	9,6

Det ses da, at i begge Grupper har Stroganoff-behandlingen de bedste Resultater (kun blandt de lette Tilfælde kan Dilat. + Forløsning konkurrere med denne). Endelig synes Resultaterne at være lidt bedre, naar Stroganoff-behandlingen kombineres med Forløsning ved forberedt Fødselsvej.

Baade i de lette og i de svære Tilfælde har Kejsersnittene, særlig de abdominale, højere Mortalitet end de mindre indgribende Behandlingsmaader, og denne Forskel er særlig udtalt i de lette Tilfælde, hvor altsaa Fordelene ved afventende Terapi synes mest udtalt.

Undersøges Resultaterne alene for Patienterne i Gruppe 4 (Patienter i dyb Coma), der repræsenterer de alvorligste Tilfælde, ses, trods de smaa Tal, at den Formodning, som bl. a. *Kjelland-Mørdre* (90) har fremsat, passer, at disse Patienter netop paa Grund af deres alvorlige Tilstand ikke taaler de store Indgreb, som maaske kunde synes indicerede. (Tabel 163).

Tabel 163.

	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %
Strog.beh.	9	2	22,2
Kejsersnit	32	18	56,3

Resumé:

Ved den i Svangerskabet opstaaede Eklampsi er de bedste Resultater naaet med afventende Behandling, uanset om det drejer sig om lette eller svære Tilfælde.

Den afventende Behandling har givet Stiftelserne saa meget bedre Resultater end Sygehusene, at det bestyrker den tidligere fremsatte Formodning om, at de første har gennemført Stroganoff—Zweifels Behandling paa en mere konsekvent og grundig Maade end de sidste.

Kombinationen af den primært afventende Behandling med Forløsning, naar dette kan ske ved forberedt Fødselsvej, synes at give lidt bedre Resultater end den rent afventende Behandling.

Udvidningstiden.

De i denne Periode anvendte Behandlingsmaader ses af Tabel 164.

Antallet af Kejsersnit og rent afventende behandlede Patienter er her aftaget og Antallet af Forløsninger pr. vias naturales er tiltaget.

Tabel 164.

	P.		S.		St.		ialt	
	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %	Ptt. ialt	i %
Ingen Beh.	3	(12,0)	4	2,6	3	2,4	10	3,3
Strog.beh.	—	—	14	9,1	15	12,2	29	9,6
do. + Forløsn. . .	—	—	18	11,8	26	21,1	44	14,6
(alle Strog.beh. .	—	—	32	20,9	41	33,3	73	24,2)
Dilat. + Forløsn. 6	(24,0)		18	11,8	31	25,2	55	18,3
Forløsn.	16	(64,0)	65	42,5	13	10,6	94	31,2
Sect. cæs. abd. . .	—	—	6	3,9	2	1,6	8	2,7
- - vag. . .	—	—	28	18,3	33	26,9	61	20,3

De Behandlingsresultater, der er naaet med de forskellige Behandlingsmaader, ses af Tabel 165.

Den absolut laveste Mortalitet (9,6 %) har afventende Behandling kombineret med Forløsning. Kun lidet højere er Mortaliteten ved det vaginale Kejsersnit (11,5 %), noget højere ved Forløsning ved forberedt Fødselsvej og højest (27,6 %) ved rent afventende Behandling.

Disse Forhold er i alt væsentligt ens for Sygehuse og Stiftelser, kun har Stiftelserne en bemærkelsesværdig lav Mortalitet for de Tilfælde, der er behandlet med Dilatation af collum og Forløsning.

Tabel 165.

Behandlingsresultater.

Udvidningstiden.

	P.			S.		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
Ingen Beh.	3	2	(66,7)	4	1	25,0
Strog.beh.	—	—	—	14	6	42,8
do. + Forløsn.	—	—	—	18	0	0,0
(alle Strog.beh. . .	—	—	—	32	6	18,8)
Dilat. + Forløsn. . .	6	3	(50,0)	18	3	16,7
Forløsn.	16	3	18,8	65	9	13,8
Sect. cæs. abd.	—	—	—	6	1	16,7
- - vag.	—	—	—	28	4	14,3

		St.		St.	ialt	
Ingen Beh.	3	0	0	10	3	30,0
Strog.beh.	15	2	13,3	29	8	27,6
do. + Forløn.	26	4	15,4	44	4	9,6
(alle Strog.beh. ...	41	6	14,6	73	12	16,4)
Dilat. + Forløn. ...	31	1	3,2	55	7	12,7
Forløn.	13	2	15,4	94	14	14,9
Sect. cæs. abd.	2	2	(100,0)	8	1	12,5
- - vag.	33	3	9,1	61	7	11,5

	St.		St.	
	Middelfejl		Middelfejl	
Differense mell. Strog.beh				
og Sect. cæs. vag.	5,5 %	7,5	4,9 %	6,0

Tilfældenes Alvorlighed ses af Tabel 166.

T a b e l 1 6 6.

	0,0-Antal svære Tilfælde	Mort. i % blandt samtl. Ptt.
Ingen Beh.	0	(30,0)
Strog.beh.	57,7	27,6
do. + Forløn.	35,9	9,6
(alle Strog.beh.	44,6	16,4)
Dilat. + Forløn.	23,3	22,7
Forløn.	17,9	14,9
Sect. cæs. abd.	(71,4)	(12,5)
- -	34,5	11,5

Det ses, at de sværeste Tilfælde er de Stroganoff-behandlede, derefter følger Kejsersnittene. De letteste Tilfælde repræsenterer de mindre Indgreb.

Resultaterne særskilt for lette og svære Tilfælde ses af Tabel 167.

Forholdene er her noget mere komplicerede. Ved de lette Tilfælde har Stroganoff-behandlingen de bedste Resultater, men dette skyldes de Tilfælde, hvor denne er kombineret med Forløsning, idet der her ingen dør af 25 Patienter. De rent afventende behandlede har en Mortalitet paa 9,1 %, omtrent svarende til Mortaliteten ved det vaginale Kejsersnit (8,9 %) og ved de Tilfælde, hvor Behandlingen kun har været Forløsning ved forberedt Fødselsvej (10,9 %).

I de svære Tilfælde derimod er de bedste Resultater naaet ved det vaginale Kejsersnit (15,8 %), daarligere er Resultaterne ved Forløsning ved forberedt og uforberedt Fødselsvej (30 %) og daarligst er de Resultater, der er naaet med Stroganoffs Behandling (34,5 %), hvilket særlig skyldes de rent afventende behandlede, med deres betydelige Mortalitet paa 46,7 %.

Tabel 167.
Udvidningstiden.

	lette			svære Tilfælde		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
Ingen Beh.	4	0	0	—	—	—
Strog.beh.	11	1	9,1	15	7	46,7
do. + Forløsn. ...	25	0	0	14	3	21,4
(alle Strog.beh. ...	36	1	2,8	29	10	34,5)
Dilat. + Forløsn. .	33	1	3,0	10	3	30,0
Forløsn.	46	5	10,9	10	3	30,0
Sect. cæs. abd.	2	0	(0)	3	1	(33,3)
- - vag.	36	3	8,9	19	3	15,8

Differense mell. Strog.beh.

og Sect. cæs. vag. 6,1% ($\mu = 5,6$) 18,7% ($\mu = 12,1$)

I de svære Tilfælde synes Tallene altsaa at vise, at den hurtige Forløsning har givet de bedste Resultater.

Ved den første Betragtning kunde det maaske se mærkeligt ud, at der skulde være saa stor Forskel paa Behandlingsresultaterne eftersom Eklampsien er udbrudt i Svangerskabet eller i Udvidningsperioden, naar man tænker paa, at Overgangen mellem disse 2 Grupper er ret flydende; det skulde synes, at naar man staar sig ved at føre en Eklampsi, der opstaar i Svangerskabet, igennem uden Indgreb, maatte det samme være endnu fordelagtigere, naar Eklampsien opstaar nærmere Fødselsøjeblikket, hvor den værste Fare som Regel er overstaaet. Naar Tallene ikke desto mindre synes at vise noget andet, er det maaske dog ikke saa uforstaaeligt. Som vi ved spiller Veer og Fødselsarbejde en stor Rolle for Anfaldenes Udløsning og for en deraf følgende Forværrelse af Tilstanden. Begynder nu Anfaldene enten før eller samtidig med Veernes Begyndelse (som ved de i Svangerskabet opstaaede Eklampsier) har man længere Tid til sin Raadighed før den formentlig farligste Periode af stærkest Vevirksomhed begyn-

der, og den mere langsomtvirkende Stroganoffbehandling vil saaledes have større Chance for at kunne naa fuldt at udfolde sin Virkning.

Anderledes naar Anfaldene først begynder under Fødselsarbejdet. Stroganoffs Behandling naar her ikke at virke, og Afslutning af Fødslen hurtigst muligt bliver derfor den fordelagtigste Behandling.

Trods de mange Lighedspunkter mellem Svangerskabs- og Udvidningstidseklampsierne maa man altsaa, hvad Behandling angaar, mere sidestille Udvidningstids- og Uddrivningstidseklampsierne, og for disse sidste er alle enige om, at den bedste Behandling er hurtig Forløsning.

Resumé.

Ved Eklampsi udbrudt i Udvidningstiden synes de bedste Resultater at være naaet ved hurtig Forløsning. I lette Tilfælde synes Resultaterne bedst ved de smaa Indgreb eventuelt understøttet af Stroganoffs Behandling. I de sværeste Tilfælde synes Resultaterne bedst ved den hurtigste Forløsningsmaade: det vaginale Kejsersnit.

Uddrivningstiden.

Den hyppigste Behandlingsmaade er her (Tabel 168) Forløsning ved Tang eller Fremtrækning, anvendt i lige stor Udstrækning af Sygehusene og Stiftelserne.

Tabel 168.

	P.		S.		St.		ialt	
	Ptt. ialt	i 0/0	Ptt. ialt	i 0/0	Ptt. ialt	i 0/0	Ptt. ialt	i 0/0
Ingen Behandl. .	23	37,7	8	9,3	8	9,4	40	16,5
Strog.beh.	1	1,6	7	7,2	3	3,5	11	4,5
do. + Forløsn. . .	1	1,6	13	13,4	17	20,0	31	12,8
(alle Strog.beh. .	2	3,3	20	20,6	20	23,5	42	17,3)
Forløsn.	36	59,0	68	70,1	57	67,1	161	66,2

Af Tabel 169 ses, at de efter Stroganoff behandlede Patienter gennemgaaende er sværere Tilfælde end de, hvor denne ikke er anvendt.

Tabel 169.

	%-Antal svære Tilfælde	Mort. i % blandt samtl. Ptt.
Ingen Behandling	0	7,5
Strog.beh.	37,5	0,0
do. + Forløsn.	17,9	9,7
(alle Strog.beh.	22,2	6,8)
Forløsn.	14,8	7,5

Behandlingsresultaterne ses af Tabel 170. Som det ses er ialt kun 1 af Stiftelsernes Patienter døde. De samlede Tal bestemmes derfor væsentlig af Sygehusenes Materiale.

De Resultater, der er naaet, synes ikke væsentlig forskellige ved de forskellige Behandlingsmaader.

Tabel 170.

Uddrivningsperioden.

	Ptt. ialt	P. †	Mort. i %	Ptt. ialt	S. †	Mort. i %
Ingen Beh.	23	2	8,7	9	1	11,1
Strog.beh.	1	0	0,0	7	0	0,0
do. + Forløsn.	1	0	0,0	13	3	23,0
(alle Strog.beh.	2	0	0,0	20	3	15,0)
Forløsn.	36	3	8,3	68	8	11,8

	Ptt. ialt	St. †	Mort. i %	Ptt. ialt	ialt †	Mort. i %
Ingen Beh.	8	0	0,0	40	3	7,5
Strog.beh.	3	0	0,0	11	0	0,0
do. + Forløsn.	17	0	0,0	31	3	9,7
(alle Strog.beh.	20	0	0,0	42	3	6,8)
Forløsn.	57	1	1,8	161	12	7,5

Som det ses er Tallene, navnlig for Dødsfaldene, saa smaa, at der vanskeligt lader sig drage Slutninger af Materialet, og det er vel nærmest en Tilfældighed, at der blandt de alene med Stroganoff behandlede ingen Døde findes.

Dette spiller dog ikke nogen større Rolle, da der synes at være almindelig Enighed om Behandlingen i denne Periode.

Efterbyrdsperiode og Barselseng.

I disse Perioder kan der af Behandlingsmaader kun blive Tale om Stroganoffs eller Stroganoff—Zweifels Behandling.

Af Tabel 171 og 172 ses Hyppigheden af disse Behandlingsmaader i de 2 Perioder.

Af Tabel 173 og 174 ses, at Resultaterne er daarligere, naar der anvendes Stroganoffs Behandling, end naar der ingen Behandling er anvendt. Tabel 175 og 176 synes dog at vise, at dette skyldes, at Stroganoff-behandlingen særlig anvendes hos de daarligste Patienter.

Tabel 177 viser Resultaterne særskilt for lette og svære Tilfælde. Tallene synes at vise, at den rent medikamentelle Behandling har en gunstig Virkning, men at Virkningen af Aareladningen er mere problematisk.

T a b e l 171.

Efterbyrdsperiode.

	P.		S.		St.		ialt	
	Ptt.ialt	i %	Ptt.ialt	i %	Ptt.ialt	i %	Ptt.ialt	i %
Ingen Beh.	11	78,6	12	32,4	7	35,0	30	42,3
Strog.beh.	3	21,4	25	67,6	13	65,0	41	57,7

T a b e l 172.

Barselseng.

Ingen Beh.	6	54,5	22	24,2	32	43,2	60	34,1
Strog.beh.	5	45,5	69	75,8	42	56,8	116	65,9

T a b e l 173.

Efterbyrdsperiode.

	P.			S.		
	Ptt.ialt	†	Mort.i %	Ptt.ialt	†	Mort.i %
Ingen Beh.	11	1	9,0	12	3	25,0
Strog.beh. uden Aareladn. ..	—	—	—	10	0	0,0
do. med Aareladn. ..	3	1	33,3	15	6	40,0
	St.			ialt		
	Ptt.ialt	†	Mort.i %	Ptt.ialt	†	Mort.i %
Ingen Beh.	7	1	14,2	30	5	16,7
Strog.beh. uden Aareladn. ..	5	0	0,0	15	0	0,0
do. med Aareladn. ..	8	3	37,5	26	10	35,6

Tabel 174.

Barselseng.

	P.			S.		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
Ingen Beh.	6	1	16,7	22	2	9,0
Strog.beh. uden Aareladn. . .	3	0	0,0	25	2	8,0
do. med Aareladn. . .	2	2	100,0	44	10	22,7

	St.			ialt			Diff.
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %	
Ingen Beh.	32	0	0,0	60	3	5,0	12,7 $\mu=5,1$ ($2,5 \times \mu$)
Strog.beh. uden Aareladn. . .	9	0	0,0	37	2	5,4	
do. med Aareladn. . .	33	2	6,0	79	14	17,7	

Tabel 175.

Efterbyrdsperiode.

	0/0-Antal svære Tilfælde	Mort. i 0/0 bl. samtl. Ptt.
Ingen Beh.	18,8	16,7
Strog.beh. uden Aareladn. . . .	21,4	0,0
do. med Aareladn. . . .	38,1	35,6

Tabel 176.

Barselseng.

Ingen Beh.	8,2	5,0
Strog.beh. uden Aareladn. . . .	14,8	5,4
do. med Aareladn. . . .	26,7	17,5

Tabel 177.

Efterbyrdsperiode og Barselseng.

	lette			svære Tilfælde		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort i %
Ingen Beh.	58	2	3,5	7	3	42,9
Strog.beh. uden Aareladn. . .	34	1	2,9	7	0	0,0
do. med Aareladn. . .	68	8	11,8	28	13	46,4

Patienter behandlet med Kejsersnit.

Som det er set, er der hidtil foretaget en Adskillelse mellem de Tilfælde, hvor der alene er anvendt Stroganoffs Behandling og de Tilfælde, hvor denne er kombineret med aktiv Behandling. En Undtagelse herfra danner dog Kejsersnittene, i hvilken Gruppe der for Oversigtens Skyld ogsaa findes Tilfælde, der desuden har faaet Stroganoffs Behandling. For nu at sikre sig, at der derved ikke er kommet særlig mange alvorlige Tilfælde i Kejsersnittenes Gruppe; Tilfælde, hvor Stroganoffs Behandling har svigtet, og som derfor ogsaa kan henregnes til denne, er Tilfældene med Kejsersnit undersøgt nærmere med Henblik derpaa.

Af Tabel 178 ses, at Resultaterne tilsyneladende er daarligere ved Kombination af Kejsersnittene med Stroganoffs Behandling.

Tabel 178.

Kejsersnit i Svangerskab og Udvidningstid.

	med Strog.beh.			uden Strog.beh.		
	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %
P.	1	0	—	1	0	0
S.	46	17	37,0	189	35	18,5
St.	36	7	19,4	70	11	15,9
Ialt	82	24	29,3	260	46	17,7

Nogle af de Stroganoff-behandlede Tilfælde har dog først faaet denne efter Forløsningen, fradrages disse faas Resultaterne i Tabel 179.

Tabel 179.

*Kejsersnit.**Svangerskab og Udvidningstid.*

	uden Strog.beh.			Strog.beh. alene før Forløsn.			Strog.beh. først efter Forløsn.		
	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %
S. + St. . .	260	46	17,7	57	15	26,3	25	9	36,0

Som det ses er Mortaliteten størst, hvor Stroganoff-behandlingen først gives efter Fødslen, men ogsaa i de Tilfælde, hvor Stroganoff-behandlingen er indledet før Fødslen, er Mortaliteten større end i de Tilfælde, der ingen saadan Behandling har faaet.

Da man maa formode, at de Stroganoff-behandlede Tilfælde, hvor der ogsaa er anvendt Kejsersnit, er særlig alvorlige, er der foretaget en Inddeling i svære og lette Tilfælde. (Tabel 180).

Tabel 180.

*Kejsersnit i Svangerskab og Udvidningstid.**Med Stroganoffs Behandling.*

	lette Tilfælde			svære Tilfælde		
	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %
S.	16	2	12,5	20	10	50,0
St.	10	1	10,0	27	7	25,9
ialt ...	26	3	11,5	47	17	36,2

Uden Stroganoffs Behandling.

S.	85	12	14,1	42	14	33,3
St.	42	3	7,2	27	4	25,9
ialt ...	127	15	11,8	69	21	30,4

Det ses da, at den tilsyneladende Forskel skyldes Tilfældenes forskellige Sværhedsgrad. Tages der Hensyn til denne, er der ingen nævneværdig Forskel paa Resultaterne.

Betragtes Resultaterne alene for Patienterne i Gruppe 4 (med dyb Coma) findes heller ingen sikker Forskel. (Tabel 181).

Tabel 181.

Kejsersnit i Svangerskab og Udvidningstid.

	med Strog.beh.			uden Strog.beh.		
	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %
S.	4	4	100,0	13	8	61,5
St.	12	5	41,7	10	4	40,0
ialt ...	16	9	56,3	23	12	52,2

Det ses altsaa, at de Tilfælde af Kejsersnit, der først er Stroganoff-behandlede, ikke har et daarligere Forløb end de, hvor dette ikke er Tilfældet. Kejsersnittenes større Mortalitet kan altsaa ikke skyldes Tilskud af mislykkede Stroganoff-tilfælde.

Stroganoff-behandlede Patienter.

Som det saas var Resultaterne af den rent afventende Stroganoff-behandling, eventuelt kombineret med de mindre indgribende Forløsningsmetoder, særlig gode ved Eklampsens Udbrud i Svangerskabet. For nu ogsaa at sikre sig, at disse ikke alene repræsenterer særlig gunstige Tilfælde med gode Resultater frembragt kunstigt derved, at alle de svære Tilfælde er udgaaet af denne Rubrik, idet disse maaske sekundært forløses ved Kejsersnit, er der foretaget nedenstaaende Beregning. (Tabel 182).

Tabel 182.

*Sygehuse og Stiftelser.**Svangerskabseklampsier.*

	lette Tilfælde			svære Tilfælde		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
Ren Strog.beh.	44	3	6,8	17	4	23,5
Strog.beh. + Forl. . . .	19	1	5,3	13	3	23,1
do. + Sect. cæs.	21	3	14,3	38	17	44,7
ialt Strog.beh.	84	7	8,3	68	24	35,3
ialt: 152 — 31: 20,4 %.						
Forl. (÷ Strog.beh.) . .	46	4	8,7	11	3	27,3
Sect. cæs.(÷ Strog.beh.)	94	12	12,8	56	17	30,4
ialt alene aktivt beh.	140	16	11,4	67	20	29,9
ialt: 207 — 36: 17,4 %.						
Diff.: Strog.beh.—	lette			svære Tilfælde		
aktivt beh.	3,1 %	$\mu = 4,0$		5,4 %	$\mu = 8,1$	
ialt						
3,0 %			$\mu = 3,7$			

Efter denne Beregning synes de Patienter, hvor der er anvendt Stroganoffs Behandling, at have en større Mortalitet (20,4 %), særlig i de svære Tilfælde (35,3 %), end de, hvor denne Behandling ikke er anvendt (17,4 og 29,9 %).

Anderledes bliver Forholdet dog, naar kun Stiftelsernes Patienter medregnes, hvor Stroganoffs Behandling, som tidligere nævnt, maa formodes at være bedst gennemført. (Tabel 183).

Tabel 183.

*Stiftelserne.**Svangerskabseklampsier.*

	lette Tilfælde			svære Tilfælde		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
Ren Strog.beh.	24	1	4,2	10	1	10,0
Strog.beh. + Forl. . . .	8	0	0,0	4	0	0,0
do. + Sect. cæs.	7	1	14,3	20	7	35,0
ialt Strog.beh.	39	2	5,1	34	8	23,5
ialt: 73 — 10: 13,7 %.						

med Fradrag af de først efter Fødslen Strog.beh.: 63 — 7: 11,1 %.

Forl. (÷ Strog.beh.) . .	4	0	0,0	1	1	—
Sect. cæs. (÷ Strog.beh.)	27	3	11,1	17	4	23,5
ialt alene aktivt beh.	31	3	9,7	18	5	27,8
ialt: 49 — 8: 16,3 %.						

	lette		svære Tilfælde	
Diff.: Strog.beh.—				
aktivt beh.	4,6 %	$\mu = 5,5$	4,3 %	$\mu = 12,8$
	ialt			
	4,3 %		$\mu = 6,4$	

Resultaterne findes da bedst, baade i lette og svære Tilfælde, hvor Stroganoffs Behandling har været anvendt, og forbedres yderligere, naar de, først efter Forløsningen Stroganoff-behandlede, Kejsersnit fradrages.

Man kan altsaa næppe drage den rigtig gennemførte Stroganoff-behandlings Resultater i denne Periode i Tvivl, selv om man til denne medregner de Tilfælde, der sekundært er forløst ved Kejsersnit, og som derfor maaske kan antages at have været sværere Tilfælde.

Aareladning.

Aareladning er anvendt i ret stor Udstrækning. Af Tabel 184 ses Resultaterne af denne sammenlignet med Resultaterne for Stroganoffs Behandling uden Aareladning.

Tabel 184.

	P.		S.		St.		ialt		
	Ptt. ialt	†	Ptt. ialt	†	Ptt. ialt	†	Ptt. ialt	†	Mort.i%o
<i>Svangersk.:</i>									
uden Aareladn...	—	—	16	4	9	0	25	4	16,0
med — ..	1	0	46	11	37	2	84	13	15,5
<i>Udvidn.tid:</i>									
uden Aareladn...	—	—	13	2	14	1	27	3	11,1
med — ..	—	—	19	4	27	5	46	9	19,6
<i>Uddrivn.tid:</i>									
uden Aareladn...	2	0	12	2	7	0	21	2	9,5
med — ..	—	—	8	1	13	0	21	1	4,8
<i>Efterb.per.:</i>									
uden Aareladn...	—	—	10	0	5	0	15	0	0,0
med — ..	3	1	15	6	8	3	26	10	38,5
<i>Barsels.:</i>									
uden Aareladn...	3	0	25	2	9	0	37	2	5,4
med — ..	2	2	44	10	33	2	79	14	17,7
<i>ialt:</i>									
uden Aareladn...	5	0	76	10	44	1	125	11	8,8
med — ..	6	3	132	32	118	12	256	47	14,5

Som det ses, er Resultaterne gennemgaaende daarligere, naar der er gjort Aareladning. Dette kan dog delvis være en Følge af, at dette overvejende er foretaget i svære Tilfælde. Hvor der ikke er foretaget Aareladning findes 20,6 % svære Tilfælde, og hvor en saadan er foretaget 33,7 %; dette er dog alene ikke nok til at forklare Forskellen, idet en Inddeling i lette og svære Tilfælde stadig synes at vise, at Aareladningen i alle Tilfælde ikke har forbedret Resultaterne (Tabel 185).

Tabel 185.

			lette Tilfælde			svære Tilfælde		
			Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
<i>Svangersk.:</i>								
uden Aareladn.	12	0				—	—	
med —	32	3				17	4	
<i>Udvidn.tid:</i>								
uden Aareladn.	2	0				5	2	
med —	9	1				10	5	
<i>Uddrivn.tid:</i>								
uden Aareladn.	2	0				1	0	
med —	3	0				2	0	
<i>Efterb.per.:</i>								
uden Aareladn.	11	0				3	0	
med —	13	3				8	6	
<i>Barsels.:</i>								
uden Aareladn.	23	1				4	0	
med —	55	5				20	7	
<i>ialt:</i>								
uden Aareladn.	50	1	2,0			13	2	15,4
med —	112	12	10,7			57	22	38,6
			ialt			lette Tilfælde		
Diff. { med Aareladn.			8,7 % $\mu = 3,5$			23,2 % $\mu = 11,9$		
{ uden —			(ca. $2,5 \times \mu$)			(ca. $2 \times \mu$)		

Man skal selvfølgelig være varsom med alene af disse Tal at bryde Staven over Aareladningen, idet det jo er muligt, at Forskellen i de 2 Grupperes Alvorlighed kan være større, end den skematiske Inddeling viser.

Endelig kan det af det foreliggende Materiale ikke ses, hvor store de foretagne Aareladninger har været; og som bl. a. *Hauch* (74) har gjort opmærksom paa, er det af stor Betydning, at Aareladningerne er tilstrækkelig store, og Mangler her kan maaske være Skyld i de tilsyneladende mindre gode Resultater.

Behandling af Første- og Flergangsfødende.

Ved Behandlingen af Eklampsi spiller det selvfølgelig, som overalt i Obstetrikken, en stor Rolle, om det drejer sig om Første- eller Flergangsfødende. Resultaterne er derfor ogsaa opgjorte særskilt for disse Grupper i de forskellige Afsnit af Fødslen.

Svangerskab.

Resultaterne ses her af Tabel 186.

Tabel 186.

	Ptt. ialt	I grav.		Ptt. ialt	∞ grav.	
		Døde	Mort. i %		Døde	Mort. i %
Ingen Beh.	6	1	16,7	9	0	0,0
Strog.beh.	39	3	7,7	31	8	25,8
do. + Forløsn. . .	26	4	15,4	9	2	22,2
(alle Strog.beh. . .	65	7	10,8	40	10	25,0)
Dilat. + Forløsn. .	34	3	8,8	21	5	23,8
Forløsn.	16	5	31,3	4	1	25,0
Sect. cæs. abd. . . .	49	15	30,6	19	6	31,6
- - - vag.	102	16	15,7	88	22	25,0

Differense mellem I og ∞ grav. Strog.beh.	14,2 %	$\mu = 7,9$
— — — — — Sect. cæs. vag. . .	9,3 %	$\mu = 5,9$

Som det ses, er Mortaliteten omtrent ens i de 2 Grupper for det abdominale Kejsersnit, men med Undtagelse af Forløsning ved forberedt Fødselsvej uden anden Behandling, hvor de Flergangsfødende har de bedste Resultater, antagelig paa Grund af den hurtigere Fødsel hos disse, er Resultaterne overalt daarligere hos de Flergangsfødende.

Betragtes de 2 Grupper hver for sig ses, at de bedste Resultater for de Førstegangsfødende naas ved den rent afventende Behandling, og at Indgrebene, særlig Kejsersnittene, giver langt daarligere Resultater. Anderledes med de Flergangsfødende. Naar bortses fra den højere Mortalitet ved det abdominale Kejsersnit er Mortaliteten omtrent ens for alle Behandlingsmaaderne, baade de afventende og de mere aktive.

Dette stemmer ganske godt med de tidligere Betragtninger over Stroganoff-behandlingens gunstigste Omraade. Kun naar denne faar tilstrækkelig Tid til at virke inden det kraftigste Fødselsarbejde begynder, kan man vente nogen Nytte af den. Den kunde derfor hos samtlige Patienter i Udvidningstiden ikke staa Maal med de aktive Metoder, og det samme gør sig ogsaa gældende ved Svangerskabseklampsien, naar denne optræder hos Flergangs-fødende. Hos disse skrider Fødslen saa hurtigt frem, at Forløbet og Behandlingens Virkning snarest vil være som ved Eklampsi, der er udbrudt i Udvidningstiden, hos Førstegangsfødende.

Den tidligere fremsatte Opfattelse af Behandlingsresultaterne ved Svangerskabseklampsi synes altsaa at maatte rettes derhen, at hos Førstegangsfødende naas de bedste Resultater ved den rent afventende Behandling, og at de forløsende Operationer, selv ved supplerende Stroganoff-behandling, har mere end dobbelt saa stor Mortalitet.

Hos de Flergangsfødende er Resultaterne derimod omtrent ens ved alle Behandlingsmaader, dog maaske bedst ved Stroganoffs Behandling, afsluttet ved Forløsning.

Udvidningstiden.

Resultaterne heraf ses af Tabel 187.

Det ses, at Mortaliteten for alle Behandlingsmaader er størst for de Flergangsfødende, og at den afventende Behandling i begge Grupper har givet daarligere Resultater end de mere aktive.

T a b e l 187.

	Ptt. ialt	I grav.		Ptt. ialt	∞ grav.	
		Døde	Mort. i %		Døde	Mort. i %
Ingen Beh.	5	1	20,0	2	0	0,0
Strog.beh.	16	3	18,8	12	5	41,7
do. + Forløn. . .	40	3	7,5	3	0	0,0
(alle Strog.beh. . .	56	6	10,7	15	5	33,3)
Dilat. + Forløn.	42	2	4,7	7	2	28,6
Forløn.	57	7	12,3	16	3	18,8
Sect. cæs. abd. . . .	7	0	0,0	1	0	0,0
- - - vag.	47	4	8,5	12	3	25,0

Uddrivningstiden.

Behandlingsresultaterne ses af Tabel 188.

Tabel 188.

	Ptt. ialt	I grav.		Ptt. ialt	∞ grav.	
		Døde	Mort. i %		Døde	Mort. i %
Ingen Beh.	14	1	7,1	1	0	0,0
Strog.beh.	7	0	0,0	3	0	0,0
do. + Forløn. . .	24	3	12,5	5	0	0,0
(alle Strog.beh. . .	31	3	9,7	8	0	0,0)
Forløn.	95	4	4,2	13	2	15,4

Tallene er her, navnlig for de Flergangsfødendes Vedkommende, for smaa til at tillade Slutninger. Det samme gælder for Efterbyrdsperiodens og Barselsengens Eklampsier. hvis Tal for Fuldstændigheds Skyld anføres nedenfor.

Tabel 189.

Efterbyrdsperiode.

	Ptt. ialt	I grav.		Ptt. ialt	∞ grav.	
		Døde	Mort. i %		Døde	Mort. i %
Ingen Beh.	16	1	6,3	6	2	33,3
Strog.beh.	35	3	14,3	4	1	25,0

Barselseng.

Ingen Beh.	29	1	3,4	20	1	5,0
Strog.beh.	52	7	13,5	50	7	14,0

Behandling og Alder.

Mortaliteten er som tidligere nævnt stærkt stigende med Alderen. Teoretisk kan man meget vel tænke sig, at Mortaliteten ved de forskellige Behandlingsmaader kan variere med Alderen, idet f. Eks. ældre Patienter daarligere taaler de store Indgreb.

En Opgørelse af Resultaterne efter, om Patienterne er over eller under 30 Aar, viser dog ingen anden Forskel end den Forskel i Fødselstallet alene kan forklare. (Tabel 190).

Tabel 190.

Mort. i %	Svangerskab		Udv.tid.		Uddr.tid.		Efterb.per.		Barsels.	
	under 30 Aar	over do.	under do.	over do.	under do.	over do.	under do.	over do.	under do.	over do.
Ingen Beh. . .	(20,0)	(0,0)	—	—	0,0	0,0	20,0	33,3	0,0	5,9
Strog.beh. . . .	7,3	18,4	12,5	29,4	7,4	0,0	26,1	25,0	11,5	10,7
Forløsn.	14,3	13,6	4,6	26,5	1,4	0,0				
Sect. cæs. abd.	26,1	29,6	(33,3)	0,0						
- - vag.	16,0	27,3	13,5	5,5						

Resumé.

Formaalet med de foretagne Undersøgelser har været at reducere den Uensartethed Materialet er præget af, for derved at naa til et sikrere Skøn over Resultaterne af de forskellige Behandlingsmaader.

Undersøgelserne synes at vise, at de bedste Resultater er naaet med den Behandlingsmaade, som ogsaa de fleste Specialafdelinger nu anvender, nemlig den individualiserende Behandling, hvor der begyndes med Stroganoff—Zweifels Behandling, men hvor Fødslen eventuelt afsluttes ved Forløsning paa den mest skaansomme Maade.

Det kan ikke været undgaaet Opmærksomheden, at Stiftelserne overalt har mindre Mortalitet end Sygehusene og de praktiserende Læger, uanset Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud, Symptomerne Styrke og Patienternes Fødselstal og Alder; alt Forhold, som eventuelt kunde være Skyld i de sidstes daarligere Resultater.

Heller ikke Stiftelsernes Mulighed for at faa Patienterne hurtigere til Behandling er nok til at forklare Forskellen i Resultaterne, idet Sygehusene, som tidligere nævnt, ogsaa har meget daarligere Resultater end Stiftelserne for de Patienter, der bor i samme By som den, hvori Sygehuset er beliggende.

Naar Totalmortaliteten for de 3 Grupper er saa forskellig, som det ses i Tabel 191, ligger det da nær at søge Forskellen i den Behandling, Patienterne har faaet.

Tabel 191.

	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Diff.	Mdf.
P.	116	18	15,5		
S.	742	142	19,1	10,2 % (ca. $2 \times \mu$)	4,6
St.	428	38	8,9		

For Stiftelserne er Mortaliteten i de første 5 Aar, hvor Behandlingen overvejende er aktiv, 10,1 % og falder i de sidste 5 Aar, hvor den er mere afventende, til 7,5 %.

Paa Sygehusene er Behandlingen i hele Tidsrummet overvejende aktiv, det er saaledes mere end en Formodning at antage, at ogsaa Sygehusenes Resultater vil kunne forbedres betydeligt ved Antagelse af den Terapi, der paa Stiftelserne har givet saa gode Resultater.

Kan de end ikke komme ned paa samme Mortalitet som Fødselsstiftelserne, som har større Erfaring paa Grund af det større Antal Patienter de behandler, saa kan man dog formode, at den temmelig høje Mødremortalitet, Sygehusene stadig har, kan reduceres betydeligt ved en Omlægning af Behandlingen.

Ved disse Overvejelser over den sandsynligst bedste Behandlingsmaade er der ikke taget Hensyn til, at Albeck i Aarhus ved absolut aktiv Behandling (udstrakt Anvendelse af Kejsersnit) har naaet lige saa gode Resultater som Fødselsstiftelsen i København med dennes mere afventende Behandling. Som det allerede er set i Literaturgennemgangen, og som den aktive Behandling ogsaa praktikeres af Albeck, kan denne nemlig kun konkurrere med de mere afventende Metoder, naar den anvendes meget hurtigt efter Anfaldenes Opstaaen. Disse Betingelser kan ikke opfyldes ved et stort Antal af Sygehusenes ofte langvejsfra indlagte Patienter, og da Resultaterne med denne Behandling ikke er bedre, kan man næppe anbefale en i teknisk Henseende saa krævende Fremgangsmaade som Normalmetode.

Noget andet er, at man har Indtryk af, selv om det ikke kan siges med Sikkerhed, at den Stroganoff-behandling, som i Øjeblikket praktiseres paa Sygehusene, kan fuldkommengøres yderligere i Stroganoffs Aand.

FJERDE AFSNIT

EKLAMPTIKERNES BØRN

Antallet af Børn ses af Tabel 192.

Tabel 192.

	Fødsler	Tvilling- par	Trilling- par	Beregnet Antal Børn	Antal Børn med Oplysn. om levende eller døde.
P.	116	9	1	127	125
S.	742	44	0	786	750
St.	428	23	1	453	453
ialt....	1286	76	2	1366	1328

Af Børnene er 58 % Drengene og 42 % Piger, et noget større Antal Drengene end det sædvanlig angives.

Af Tabel 193 ses, at Antallet af ufuldbaarne Børn og Aborter er størst ved Eklampsien Udbrud i Svangerskabet. Dette er selvfølgelig ikke andet end man kan vente, idet det eklamptiske Anfald her ofte afbryder Svangerskabet før Tiden. Mere bemærkelsesværdigt er det derimod, at et saa stort Antal Børn ikke er fuldt udviklede, naar Fødselsarbejdet er begyndt før Kramperne, og at der f. Eks. findes henved 40 % ufuldbaarne Børn, naar Eklampsien er udbrudt efter Fødslen. Dette maa altsaa være en Følge af den forud for Kramperne tilstedeværende Intoksikation hos Moderen, hvilken, som det skal ses, ogsaa paavirker Børnemortaliteten.

Tabel 193.

	Fuldbaarne	Ufuldbaarne	Aborter	De sidste 2 Grupper i %
Svangersk. ...	108	245	46	72,9
Udv.tid.	149	101	—	40,4
Uddr.tid.	144	40	—	21,2
Efterb.per. ...	33	21	—	38,9
Barselseng ...	71	41	—	36,6

Af Tabel 194 ses det samlede Antal fuldbaarne og ufuldbaarne Børn.

Tabel 194.

	Fuldbaarne		Ufuldbaarne		Aborter	
	ialt	i ‰	ialt	i ‰	ialt	i ‰
P.	40	80,0	10	20,0	—	—
S.	253	50,9	217	43,7	27	5,4
St.	209	46,7	219	48,9	20	4,4
ialt....	502	50,5	446	44,8	47	4,7

Børnemortalitet.

Børnemortaliteten ses af Tabel 182. Over en Trediedel af samtlige Børn dør inden Moderens Udskrivelse fra Hospitalet. Ved Fradrag af de ikke-levedygtige Børn (under 2000 g) er den saaledes reducerede Mortalitet 22,6 %. Denne Mortalitet er temmelig høj, naar man sammenligner den med de Resultater, Specialafdelinger naar. I tidligere Landsstatistiker finder *Büttner* (26) for Mecklenburg-Schwerin en Børnemortalitet paa 29,2 % og *Hammerschlag* (69) i Østpreussen en Mortalitet paa 36,6 %. Daarligere Resultater viste Samlestatistiken i 1922 fra engelske Hospitaler med en Mortalitet paa 45,9 %.

Tabel 195.

	Børn ialt	Døde	Mort. i ‰	reduc.	Diff.	Mdf.
P.	125	23	18,4	—		
S.	750	300	40,0	28,7	12,1 (ca. $5 \times \mu$)	2,4 %
St.	453	130	28,7	16,6		
ialt....	1328	453	34,1	22,6		

Som det ses, har Sygehusene en betydelig større Børnemortalitet end Stiftelserne. Dette skyldes ikke et større Antal for tidlig fødte Børn hos de første, idet Forskellen er lige udtalt for fuldbaarne og ufuldbaarne Børn, ligesom den reducerede Børnemortalitet stadig er større paa Sygehusene end paa Stiftelserne (Tabel 196).

Tabel 196.

	Fuldbaarne			Ufuldbaarne		
	ialt	Døde	Mort. i %	ialt	Døde	Mort. i %
P.	40	7	17,5	10	4	40,0
S.	253	53	20,9	217	123	56,7
St.	209	27	12,9	219	79	36,1
ialt. . . .	502	87	17,3	446	206	46,2

Mortaliteten er altsaa ca. 3 Gange saa stor for for tidlig fødte som for rettidig fødte Børn (17,3 og 46,3 %). *Esch* (42) finder ved at samle forskellige, tildels dog ældre Statistiker, henholdsvis 28 og 50 %.

Man er tilbøjelig til at antage, at Børnedødeligheden alene er en Følge af Behandlingen eller Svangerskabets førtidige Afbrydelse. Det viser sig dog, at Mortaliteten paa mange Maader er afhængig ogsaa af andre Faktorer.

Saaledes ses af Tabel 197, at Børnemortaliteten er større for flergangs- en for førstegangsfødende Mødre, hvilket sikkert er Skyld i, at Mortaliteten er større for Børn af gifte end af ugifte Mødre og større i Land- end i Bybefolkningen (Tabel 198 og 199).

Tabel 197.

	ialt	Døde	Mort. i %	Diff.	Mdf.
Børn af I. grav.	870	256	29,4	15,0 %	2,9
Børn af ∞ grav.	399	177	44,4	(ca. $5 \times \mu$)	

Tabel 198.

	ialt	Døde	Mort. i %	Diff.	Mdf.
Børn af gifte Mødre . . .	1042	374	35,9	7,9 %	3,1
Børn af ugifte Mødre ..	279	78	28,0	(ca. $2,5 \times \mu$)	

Tabel 199.

	ialt	P.		ialt	S.		Diff.	Mdf.
		†	Mort. i %		†	Mort. i %		
Børn fra Landbef. . .	86	17	19,8	376	174	46,3		
Børn fra Bybef.	30	6	20,0	239	80	33,5		
		St.		ialt				
Børn fra Landbef. . .	—	—	—	462	191	41,3	11,4 %	2,9
Børn fra Bybef.	453	130	28,6	722	216	29,9	(ca. $4 \times \mu$)	

Af Tabel 200 ses, at Børnemortaliteten stiger med Moderens Alder.

T a b e l 200.

Alder	I grav.			∞ grav.			ialt		
	ialt	†	Mort. i %	ialt	†	Mort. i %	ialt	†	Mort. i %
15—19 ..	147	37	25,1	1	0	0	151	37	24,5
20—24 ..	315	76	24,1	29	11	37,9	256	91	35,2
25—29 ..	229	73	31,8	85	35	41,1	329	114	34,6
30—34 ..	105	39	37,1	98	60	61,2	219	104	47,5
35—39 ..	44	16	36,3	105	39	37,1	149	58	38,9
40—44 ..	14	8	57,1	63	27	42,8	82	37	45,1
45—47 ..	2	1	(50,0)	7	2	28,5	9	3	33,3

Undersøges Indflydelsen af Moderens Alder særskilt for Første- og Flergangsfødende ses, at Børnemortaliteten stiger stærkt med Moderens Alder, hvor denne er Førstegangsfødende, og at Børnemortaliteten, hvor Moderen er Flergangsfødende, ligger paa et højere Niveau, men viser mindre Tendens til Stigning.

Mortalitetens Stigning med Moderens Alder hos de Førstegangsfødende kan selvfølgelig skyldes den med Aarene vanskeligere Fødsel hos disse, men den højere Børnemortalitet hos Flergangsfødende tyder ikke paa, at Fødsels Varighed og Vanskelighed alene er det afgørende. Som det erindres, viste Mødremortaliteten de samme Variationer, som de, der her er set. Det er da rimeligt at antage, at Moderens Tilstand er af lige saa stor Betydning for Barnets Chancer som Fødselsforløbet.

Dette bestyrkes ogsaa af, at Børnemortaliteten, som det ses af Tabel 201, er omtrent dobbelt saa stor for de Børn, hvis Mødre dør af deres Eklampsi, som for de, hvis Mødre helbredes.

T a b e l 201.

	ialt	Døde	Mort. i %	Diff.	Mdf.
Børn af helbredte Mødre ..	791	340	30,1	25,7	5,0
Børn af døde Mødre	110	87	55,8	(ca. $5 \times \mu$)	

Sammenhængen mellem Moderens Tilstand og Børnenes Skæbne ses ogsaa af, at Børnemortaliteten stiger stærkt med Moderens Antal Anfald (Tabel 202). Dette Forhold er ogsaa iagttaget før, saaledes finder *Glockner* (60), at Børnemortaliteten er

83 %, naar Moderen har over 10 Anfald, og *Eden* (38) finder, at døde Børns Mødre gennemsnitlig har haft 8 Anfald, medens de levendefødtes Mødre gennemsnitlig har haft 4,8 Anfald.

Tabel 202.

Antal Anfald	Børn ialt	Døde	Mort. i %	Diff.	Mdf.
1—5	879	278	31,6	37,7 41,9 4,2 %	3,8
6—10	178	68	38,2		
11—15	37	16	43,2		
16—20	14	5	35,7		
21—25	5	3	60,0		
over 25	142	59	41,5		

Denne Stigning med Anfaldenes Antal kan selvfølgelig forklares alene ved den hyppigere intrauterine Asfyxi, denne medfører, men som det ses, stiger Børnemortaliteten ogsaa stærkt med Moderens Albuminuri (Tabel 203) og med Moderens Blodtryk (Tabel 204).

Tabel 203.

Alb.	Børn ialt	Døde	Mort. i %
÷	40	8	20,0
Spor	42	6	14,3
< 1 ‰	49	13	26,5
1—10 ‰	364	119	32,7
11—20 -	202	83	41,1
21—30 -	77	35	45,5
31—40 -	23	12	52,2
41—50 -	12	7	58,2
over 50 -	16	6	37,5

Tabel 204.

Blodtryk	Børn ialt	Døde	Mort. i %
< 100 mm	5	2	(40,0)
100—124 mm	45	11	24,4
125—149 -	168	57	33,9
150—174 -	236	73	30,9
175—199 -	137	67	48,9
200—224 -	64	27	42,1
over 225 -	15	8	53,3

Selve Grundlidelsens Alvorlighed indvirker altsaa lige fuldt paa Mødre- som paa Børnemortaliteten.

Børnemortaliteten er som venteligt større jo tidligere i Forhold til Fødslen Eklampsien udbryder, som en naturlig Følge af den længere Tid Fosteret er udsat for skadelig Paavirkning, den vanskelige Behandling o. s. v. (Tabel 205).

T a b e l 205.

	Børn ialt	Døde	Mort. i %	reduceret
Svangerskab	498	285	57,2	40,8
Udvidningstid	327	98	29,7	19,8
Uddrivningstid	249	49	19,7	18,2
Efterbyrdsperiode ..	73	5	6,8	6,5
Barselseng	181	16	8,8	3,7

Børnemortalitet og Behandling.

Tabet af Børn paa Grund af Eklampsi har altid været betydeligt, men der er dog ogsaa her sket Fremskridt. Indtil Begyndelsen af dette Aarhundrede havde selv Specialafdelinger en Børnemortalitet paa omkring 50 %, men denne er nu faldet til gennemsnitlig under 30 %.

Som tidligere nævnt har Hensynet til Børnene ikke spillet den Rolle for Valget af Behandlingsmaade som Hensynet til Mødrene, men det er dog klart, at hvor forskellige Metoder kan konkurrere i Henseende til Mødremortalitet, vil lavere Børnemortalitet kunne tale til Gunst for en bestemt Metode.

Paa Tabel 206 er opført de tidligere naaede Resultater med de forskellige Behandlingsmaader.

En saadan Undersøgelse støder paa den Vanskelighed, at ikke alle Undersøgere angiver den ureducerede Børnemortalitet, og den reducerede Mortalitet er vanskeligere at bedømme, da Fradrage ikke alle er lige store. Nogle fradrager kun de ikke-levedygtige Børn (under 2000 g), andre fradrager desuden alle, der er døde inden Fødslen, eller medregner kun de, der er levendefødte, og ikke de, der dør kort efter Fødslen, o. s. v.

T a b e l 2 0 6. *Børnemortalitet.*

		ureduceret			reduceret		
		Børn ialt	†	Mort. i ‰	Børn ialt	†	Mort. i ‰
Peterson 1900—13	Sect. cæs. abd.				235	8	3,4 ¹⁾
do. 1911	Sect. cæs. vag.				315	67	21,2 ¹⁾
Freund 1912	aktiv	553	196	35,5	462	79	17,1
do.	ekspekt.	227	79	36,0			
Rohrback 1913	aktiv				154	33	21,7
Ruge 1918	aktiv				299	75	25,1
do. 1918	ekspekt.				80	31	38,8
Zucherl 1903—20	individ.	204	68	33,3			
Lichtenstein 1922	aktiv	375	125	25,5			
do. 1922	ekspekt.	202	38	18,8			
Beck 1917—23	ekspekt.	26	12	46,2 ¹⁾			
Heinlein 1924	aktiv				183	29	16,0
Powitzer 1924	individ.	259	59	22,8			
Süss 1924	individ.	44	10	22,7			
Fürst 1924	aktiv	40	7	17,5			
Westphal 1914—24	individ.	189	39	20,6			
Rissmann 1924	individ.	44	10	22,7			
Seehafer 1925	aktiv			25,0			
do. 1925	individ.			15,5			
Speidel 1925	ekspekt.	11	3	27,3			
Liebmann 1917—25	individ.	81	28	34,6			
Wilson 1925	aktiv	85	49	57,6 ¹⁾			
do. 1925	ekspekt.	109	64	58,7 ¹⁾			
Davis & Harrar 1926	aktiv	472	361	55 ¹⁾			
do. 1926	ekspekt.	134	47	35 ¹⁾			
Greenhill 1917—26	aktiv	83	23	27,7	42	1	2,4
Hohenbichler 1910—26	individ.	282	103	36,5	243	64	26,3
Stoeckel 1927	aktiv	127	33	26,0	102	9	9,0
Williams 1927	aktiv	85	45	57,6 ¹⁾			
do. 1927	ekspekt.	129	73	56,6 ¹⁾			
Martin 1927	aktiv	105	21	20,0	90	7	8,0
Katsuya 1927	ekspekt.	20	2	10,0			
Eberhard 1927	individ.	24	6	25,0			
Atzerodt 1914—27	ekspekt.	54	23	42,6			
Wirz 1924—27	individ.				84	18	21,4
Waldstein 1909—27	aktiv	120	12	10,1			
Steinforth 1928	individ.	151	36	23,8	125	10	8,0
Engelmann 1929	individ.				299	36	12,3
Miller 1929	ekspekt.	166	65	39,1			
Rupp 1929	individ.	111	28	25,2			18,9
Schwartz & Dichmann 1929	ekspekt.	31	6	19,4			
Klein 1919—29	individ.	100	24	24,0			
Stroganoff 1930	ekspekt.	361	85	23,5			
	aktiv	1403	417	29,7	> Diff. = 2,2 ‰ μ = 1,7		
ialt	individ.	1490	411	27,5			
	ekspekt.	1072	301	28,1			

¹⁾ Børn af Mødre med Barselsengseklampsi ikke medregnede.

Hovedindtrykket af denne Sammentælling er, at Resultaterne er meget forskellige, men ikke i udpræget Grad er afhængige af Behandlingen. De bedste Resultater med de forskellige Behandlingsmaader er nogenlunde ens. Af større Statistiker har saaledes *Fürst* (54) og *Martin* (115) med aktiv Therapi en Børnemortalitet af henholdsvis 17,5 og 20 %. Med rent afventende Therapi har *Lichtenstein* (109) en Mortalitet paa 18,8 %, og med individualiserende Behandling har *Seehafer* (153) en Mortalitet paa 15,5 %, det hidtil bedste Resultat, idet der ses bort fra *Waldsteins* Tal paa Grund af det tidligere sagte om disse Tilfældes Lethed.

Tabel 207.

			ureduceret			reduceret		
			Børn ialt	†	Mort.i %	Børn ialt	†	Mort.i %
<i>Kjelland-Mørdre:</i>								
1906—15	aktiv	.....	147	47	31,9	117	20	17,1
1916—27	ekspekt.	.....	235	102	43,4	177	49	27,6
<i>Forssner:</i>								
1913—19	ekspekt.	.....	114	26	22,8			13,7
	individ.	.....	156	43	27,5			18,0
<i>Hauch:</i>								
1910—20	aktiv	.....	216	55	20,5	188	27	14,4
1921—23	Overgangssper.	..	65	12	18,5	58	5	8,6
1924—28	individ.	.....	84	16	19,0	77	9	11,8
	ialt....		385	83	22,7	323	41	12,7
<i>Bovin:</i>								
1911—28	ekspekt.	.....	300	93	31,0			20,0
<i>Albeck:</i>	aktiv	.....	147	39	27,2	135	27	18,5
<i>Thulin:</i>								
1918—19	aktiv	.....	44	11	25,0			20,0
1920—28	individ.	.....	132	39	29,5			20,0
<i>Wichmann:</i>								
1911—28	individ.	.....			33,7			
<i>S. Petersen:</i>								
1912—28	individ.	.....	144	53	37,0			
<i>Gammeltoft:</i>								
1919—23	overvej. aktiv	..			45,3 ¹⁾			
1923—28	overvej. ekspekt.				50,9 ¹⁾			
ialt:	aktiv	.....	407	105	25,8	Diff. = 2,9 % μ = 3,1		
	individ.	.....	372	98	26,3			
	ekspekt.	.....	414	119	28,7			

¹⁾ Barselsengseklampsi ikke medregnede.

7 Afdelinger meddeler Tallene ved Overgang fra aktiv til rent afventende eller individualiserende Behandling. *Freund* (50), *Wilson* (187) og *Williams* (186) finder ingen Forandring i Mortaliteten herved. *Ruge* (140) finder en ret stærk Stigning, hvorimod *Lichtenstein* (107), *Seehafer* (153) og *Davis & Harrar* (32) finder aftagende Mortalitet.

Sammenfattes Resultaterne for de 3 Hovedbehandlingsmaader ses Forskellene ikke at være store.

Bedst synes Resultaterne at være ved den individualiserende Behandling, hvilket ogsaa svarer til, hvad man vil vente, idet de for Børnene farligste Indgreb søges undgaaet, og Fødslen samtidig søges fremskyndet.

Undersøges Resultaterne for de skandinaviske Afdelinger ses heller ikke her nogen sikker Forskel (Tabel 207), dog synes her den aktive Behandling at have givet noget bedre Resultater og den rent afventende at have givet de daarligste.

Hovedindtrykket er dog, at der ikke er nogen større Forskel paa de 3 Hovedmetoders Resultater. Mærkeligt er det, at de, der, som *Stoeckel* og *Martin*, bruger det abdominale Kejsersnit, der byder Børnene de bedste Chancer, ikke har bedre Resultater end f. Eks. *Lichtenstein*, der har anvendt rent afventende Behandling, og som sætter sig som Maal at helbrede interkurrent et saa stort Antal eklamptiske Mødre som muligt, hvilket, som det er set, ofte medfører Fosterets Død intrauterint.

Børnemortalitet og Behandling i de forskellige Perioder af Fødslen.

Som tidligere nævnt er Prognosen for Barnet alvorligst ved Eklampsiens Udbrud i Svangerskab og Udvidningstid.

Ved Svangerskabseklampsi dør over Halvdelen af Børnene.

Resultaterne i denne Periode af de forskellige Behandlingsmaader ses af Tabel 208.

Som venteligt er Mortaliteten lavest ved det abdominale Kejsersnit (31,5 %), men er dog selv reduceret her 26,3 %. Den højeste Mortalitet har Gruppen, de ved Dilatation forløste, og kun lidt mindre er Mortaliteten ved Stroganoffs Behandling og ved det

Tabel 208
Børnemortalitet.
Svangerskab.

	P.				S.			
	Børn	†	Mort. i % ureduc. reduc.		Børn	†	Mort. i % ureduc. reduc.	
Ingen Beh.	1	1	—	—	16	8	50,0	—
Strog.beh.	1	0	—	—	38	23	60,5	45,0
do. + Forløn. .	—	—	—	—	25	15	60,0	40,0
(alle Strog.beh.	1	0	—	—	63	38	60,3	43,3)
Dilat. + Forl. .	1	1	—	—	58	37	63,8	30,0
Forløn.	—	—	—	—	20	5	25,0	20,0
Sect. cæs. abd. .	1	0	—	—	70	21	30,0	24,3
- - vag. .	—	—	—	—	135	91	67,4	(71,1)
ialt	4	2	50,0	—	362	200	55,2	43,9

St.				ialt			
Ingen Beh.	1	0	—	18	9	50,0	—
Strog.beh.	34	21	61,8	73	44	60,3	42,5
do. + Forløn. .	12	9	75,0	37	24	64,9	41,2
(alle Strog.beh.	46	30	68,2	110	68	61,8	42,1)
Dilat. + Forl. .	3	3	—	62	41	66,1	35,5
Forløn.	2	2	—	22	7	31,8	30,8
Sect. cæs. abd. .	2	2	—	73	23	31,5	26,3
- - vag. .	72	35	48,6	207	126	60,9	48,2
ialt.	126	72	57,1	492	274	55,7	40,8

ialt

Differense mellem Strog.beh. og Sect. cæs. vag. = 6,1 % μ = 5,9

vaginale Kejsersnit. Kombinationen af Stroganoffs Behandling med Forløsning synes ikke at forbedre Resultaterne. Lavest Mortalitet synes endelig at findes ved de Tilfælde, hvor der af Behandling kun er anvendt Forløsning ved forberedt Fødselsvej.

Resultaterne synes altsaa nærmest omvendte af de for Mødrenes Vedkommende naaede. Stroganoff-behandlingen giver i denne Periode de bedste Resultater for Mødrene og de daarligste for Børnene, omvendt ved det abdominale Kejsersnit. For begge Parter har det vaginale Kejsersnit givet daarlige Resultater.

Resultaterne i Udvidningstiden ses af Tabel 209.

Tabel 209.
Udvidningstid.

	P.				S.			
	Børn ialt	†	Mort. i %		Børn ialt	†	Mort. i %	
			urrdue.	reduc.			urrdue.	reduc.
Ingen Beh.	3	3	—	—	4	2	—	—
Strog.beh.	—	—	—	—	13	5	38,3	28,6
do. + Forløn. .	—	—	—	—	19	4	21,1	18,2
(alle Strog.beh.	—	—	—	—	32	9	28,1	22,2)
Dilat. + Forl. .	8	2	25,0	—	21	9	42,9	20,0
Forløn.	18	4	22,2	—	72	23	31,9	28,6
Sect. cæs. abd. .	—	—	—	—	6	2	(33,3)	(20,0)
- - vag. .	—	—	—	—	30	16	53,3	26,3
ialt.	29	9	34,1	27,3	165	61	37,0	25,3
		St.				ialt		
Ingen Beh.	3	0	—	—	10	5	50,0	0,0
Strog.beh.	16	7	43,8	0,0	29	12	41,5	15,0
do. + Forløn. .	26	3	11,5	8,0	45	7	15,5	10,8
(alle Strog.beh.	42	10	23,3	5,4	74	19	25,8	12,7)
Dilat. + Forl. .	34	5	14,7	14,7	63	16	25,4	16,7
Forløn.	15	3	20,0	20,0	105	30	28,6	25,8
Sect. cæs. abd. .	2	0	—	—	8	2	25,0	14,3
- - vag. .	35	10	28,6	26,7	65	26	40,0	26,5
ialt.	132	28	21,4	14,9	326	97	29,8	19,8
						ialt		

Diff. mellem Strog.beh. og Sect. cæs. vag. = 13,8 % μ = 6,7 %

Den højeste Mortalitet findes atter her ved det vaginale Kejsersnit og ved den rene Stroganoff-behandling. Som for Mødrenes Vedkommende naas de bedste Resultater ved den hurtige, skaaensomme Forløsning.

Af Tabel 210 ses, at der i Uddrivningstiden ingen væsentlig Forskel er paa Børnemortaliteten ved de forskellige Behandlingsmaader.

Sammenfattende kan man altsaa sige, at i Udvidnings- og i Uddrivningsperioderne har samme Behandlingsmaade givet de bedste Resultater baade for Mødre og Børn. Ved Svangerskabs-eklampsien derimod er Fremgangen i Resultaterne for Mødrenes Behandling købt med et større Tab af Børn.

Svarende hertil ses det ogsaa af Tabel 211, at Stiftelsernes Børnemortalitet stiger med Aarene paa Grund af den hyppigere Anvendelse af Stroganoffs Behandling, medens Sygehusenes Mortalitet nærmest er uforandret.

Tabel 210.

Uddrivningstid.

	Børn ialt	Døde	Mort. i ‰	
			ureduc.	reduc.
Ingen Beh.	40	5	12,5	—
Strog.beh.	10	2	20,0	0,0
do. + Forløsn. ..	33	8	24,2	20,0
(alle Strog.beh.	43	10	23,3	15,4)
Forløsn.	165	36	21,8	19,2
ialt....	248	51	20,6	18,2
Sygehusene	92	24	26,1	20,0
Stiftelserne	91	17	18,7	16,7

Tabel 211.

	P.		S.		Mort. i ‰	St.		Mort. i ‰	ialt		
	ialt	†	ialt	†		ialt	†		ialt	†	Mort. i ‰
1918..	4	2	45	21	46,7	54	10	18,5	103	33	32,0
1919..	11	1	49	16	32,7	39	10	25,6	99	27	27,3
1920..	9	4	72	33	45,8	52	12	23,1	133	49	36,8
1921..	24	4	64	27	42,2	49	14	28,6	137	45	32,8
1922..	19	3	85	34	40,0	48	9	18,8	152	46	30,3
1923..	16	3	85	28	32,9	57	26	45,6	158	57	36,1
1924..	17	2	75	29	38,6	40	12	30,0	132	43	32,6
1925..	7	2	93	39	41,9	37	11	29,7	137	42	30,7
1926..	5	1	84	31	36,9	39	13	33,3	128	45	35,2
1927..	10	1	98	42	42,9	38	13	34,2	146	56	38,4

EKLAMPSIENS PROFYLAKSE

Som det er set, kræver den fuldt udviklede Eklampsi stadig mange Ofre trods Fremgang i Behandlingen.

Saa længe en causal Behandling ikke findes, er det tvivlsomt, om Behandlingsresultaterne kan forbedres i nogen større Grad. Opmærksomheden er derfor i de senere Aar i stedse stigende Grad blevet rettet mod at undgaa Krampeanfaldene i at udbryde ved en profylaktisk Behandling i Sygdommens Initialstadium.

Muligheden for en saadan profylaktisk Behandling var først givet, da man blev klar over, at der i langt de fleste Tilfælde længe forud for Krampeanfaldenes Udbrud findes typiske Prodrimalsymptomer. Saalænge man troede, at det eklamptiske Anfald, som Navnet antyder, kom »som et Lyn fra en klar Himmel«, kunde profylaktiske Forholdsregler ikke tænkes, og *Olshausen* skriver endnu saa sent som i 1899, at Forebyggelse er umulig paa Grund af Sygdommens pludselige Udbrud.

Denne Opfattelse er nu fuldstændig ændret, og Interessen for Profylaksen stiger stadig. Det bedste Indtryk heraf giver de forskellige Fagkongresser, der er afholdt gennem Aarene.

Ved Kongressen i Giessen 1901 udtaler Indlederen *Wyder* forsigtigt, at det er hans Overbevisning, at man ikke sjældent vil kunne undgaa Eklampsi ved rettidig profylaktisk Behandling. Ved Kongressen i Paris 1911 omtaler *Commandeur* udførligt den tidlige Diagnose og den præventive Behandling, og ved Kongressen i Liverpool 1922 er man naaet til de store Forventninger, der nu stilles til Profylaksen. Indlederen *Eden* siger her (38), »it is easier to prevent eclampsia than to cure it, Prophylaxis is therefore all important«, og i Diskussionen siger *Ballantyne* endnu kraftigere, omend noget paradoksalt, at Eklampsien er »intractable, but preventible«.

Ved Nordisk kirurgisk Forenings 17. Møde i Oslo 1929 vedtoges en Udtalelse om, at det Offentlige maa sørge for, at alle

svangre Kvinder kan faa Lejlighed til og gennem Agitation drives til at søge Raad under Svangerskabet gennem Poliklinikker, dels bundet til og dels ikke bundet til Fødselsstiftelserne.

Hermed er Retningslinierne for de profylaktiske Forholdsregler givet. Det første Skridt er Belæringen af de Svangre. Saalænge disse ikke af de initiale Symptomer føres til Læge, er den tidlige Diagnose og Behandling selvfølgelig umulig. Som det senere skal ses har Patienterne med Eklampsismus ofte i Uger, ja i Maaneder haft patologiske Ødemer, hvilket stemmer godt med *Zangemeisters* (194) Anskuelser om, at Sygdommen begynder som en Hydrops, paa Basis af hvilken de øvrige Symptomer derefter udvikler sig.

Allerede paa dette Tidspunkt burde Observationen begynde med Undersøgelse af Urin og Blodtryk, og Behandling bliver tvingende nødvendig, naar de subjektive Symptomer som Hovedpine o. lign. begynder.

Midlerne til at faa Patienterne tidligt til Behandling synes at være to. Dels Belæring af de Svangre om, at de nævnte Symptomer kræver fortsat Lægeobservation, og dels regelmæssig Urinundersøgelse i Svangerskabets sidste Halvdel. Lykkedes det at gennemføre denne hos alle Svangre, vilde saa godt som alle optrækkende Tilfælde kunne opdages i Tide. Til Hjælp og Vejledning for de Svangre kræves desuden Poliklinikker med skolet Personale og til Behandlingen specielle Afdelinger for Svangre, idet den ofte ubehagelige diætetiske Behandling og den stadige Overvaagen af Patienterne kan være vanskelig at gennemføre i Hjemmene. (*Gammeltoft & Nyeborg* (58)).

Den profylaktiske Behandling.

Er Diagnosen stillet, retter Behandlingen sig selvfølgelig efter Sygdommens Stadium og Symptomernes Alvorlighed.

Indtil Slutningen af forrige Aarhundrede var Forsøgene paa Profylakse fahlende, og først *Tarniers* Indførelse af den absolutte Mælke-diæt førte Profylaksen ind i sin nuværende Bane. Denne Mælke-diæt syntes meget lovende, og Tarnier udtalte saaledes: »Toute femme au regime lacté absolu depuis une semaine est a

l'abri de l'éclampsie«. En Antagelse som senere *Pinard* har bestyrket.

Slet saa gunstige Resultater med denne Behandling har dog ikke alle haft. Man har derfor i de senere Aar i stødse stigende Grad benyttet sig af de Erfaringer, man har gjort i den interne Medicin ved Nyrelidelsernes Behandling med Indskrænkelse af Æggehvide-, Vædske- og specielt Kogsaltmængde.

Æggehvide er direkte skadelig for disse Patienter, og desuden findes der en betydelig Vand- og Kogsaltretention. Patienter med Ødemer udskiller Kogsalt selv paa saltfri Kost, og da 5—6 g udskilt Kogsalt svarer til 1 l Urin, vil det ses, at der ved Indskrænkning af den tilførte Kogsaltmængde kan komme en betydelig Afvanding af Organismen, særlig naar den tilførte Vædskemængde samtidig nedsættes. Ved Mælke-diæt tilføres der en ret betydelig Vædskemængde, og selv om Mælk er relativ kogsaltfattig, svarer 1 l Mælk dog til ca. 3 g Na.Cl.

Foruden den diætetiske Behandling er Sengelejet som bekendt et udmærket Middel til Ophjælpning af Diuresen.

Hvad Sygdommens enkelte Stadier angaar, synes der at være almindelig Enighed om, at de tidligere Stadier, hvor Ødemerne er det eneste Symptom, og hvor der ikke findes Albumen eller kun Spor af dette i Urinen og ingen Blodtryksforhøjelse, behandles Patienterne med en æggehvidefattig Kost med Indskrænkning af Vædske- og Kogsaltmængden. Hyppig Kontrol af Urin og Blodtryk er imidlertid nødvendig. Kommer der Albuminuri og stiger Blodtrykket og tiltager Ødemerne, er Sengeleje nødvendigt og Hospitalsindlæggelse anbefalelsesværdig. En strengere Diæt er nu nødvendig. Mælke-diæt kan forsøges, men eventuelt indskrænkes Vædske- og Kogsaltmængden yderligere. Progredierer Symptomerne, og specielt hvis Symptomerne paa den egentlige Eklampsismus indfinder sig, bliver Hospitalsindlæggelse absolut nødvendig paa Grund af den overhængende Fare for Eklampsi.

Den kraftigste Behandling paa dette Tidspunkt synes at være Sengeleje og fuldstændig Sulte- og Tørstekur i nogle Dage, eventuelt mildnet med lidt Frugt. Derefter Stigning med gradvis Tilførsel af Mælk, saltfri Havresuppe eller lign., til en salt- og æggehvidefattig Kost.

Som understøttende Behandling synes Aareladningen at være af gunstig Virkning, ligesom Stroganoffs Principer for Eklampsi-

behandlingen med Udelukkelse af ydre Irritamenter og Indgift af Narkotika.

Ofte er de nævnte Midler imidlertid ikke i Stand til at standse Sygdommens Udvikling, eller Patienten kommer saa sent til Behandling, at Faren for Eklampsi er overhængende. Der er da endnu den Udvej at afbryde Svangerskabet. Som det tidligere saas er alle enige om, at de bedste Resultater ved Eklampsi-behandlingen naas jo hurtigere efter Krampernes Begyndelse denne begynder; det maa da synes naturligt at antage, at det er endnu gunstigere at afbryde Svangerskabet, før Kramperne begynder.

Denne aktive Profylakse har i Skandinavien særlig *Essen-Møller* og *Albeck* gjort sig til Talsmænd for, men som *Essen-Møller* gør opmærksom paa, er Tanken iøvrigt af gammel Dato, derimod er Meningerne om, i hvor stor Udstrækning og med hvilke Midler man skal afbryde Svangerskabet, mere delte.

Er Fosteret ikke levedygtigt er der Enighed om, at Behandlingen skal være saa afventende, som det er muligt, uden at udsætte Moderen for Risiko.

Er Fosteret sikkert levedygtigt er Forholdet et andet. Man vil da først prøve en energisk diætetisk Behandling, bedres Tilstanden herved kan man afvente og lade Moderen føde spontant, men der er dog ogsaa blevet gjort opmærksom paa, at nogen fuldstændig Helbredelse af den præeklampsiske Tilstand ikke indtræder før Barnets Fødsel, og at en Forværring derfor altid kan indtræde og Barnets Liv derved trues. Der er derfor ogsaa Talsmænd for, at man paa dette gunstige Tidspunkt, hvor Faren for Eklampsi er mindre, og hvor Barnet er levedygtigt, skal indlede Fødslen.

Forværres Tilstanden trods diætetisk Behandling, Aareladning og eventuelt Stroganoffs Behandling, er der almindelig Enighed om, at Svangerskabet bør afbrydes. Nogle nøjes med at indlede Fødslen, andre foretrækker helt at udskyde Fødselsarbejdet og forløser ved Kejsersnit.

Et Spørgsmaal er om Profylaksen ikke kan udvides yderligere. Som tidligere nævnt medførte Krigskosten i Tyskland et decideret Fald i Eklampsihyppigheden og sandsynligvis ogsaa i Mortaliteten. Det er nu et Spørgsmaal, om man ikke burde tilraade alle Svangre en overvejende vegetarisk Kost. Forsøg hermed i mindre Stil er allerede gjort, idet de indlagte Svangre paa

Bumms Afdeing nu faar vegetarisk Kost, og *Ruge* mener herved at have iagttaget en Aftagen af Eklampsihyppigheden blandt disse Patienter.

Naar det skal undersøges, hvilke Resultater den profylaktiske Behandling til Dato har givet, er der to Spørgsmaal, der maa besvares: Er Eklampsien aftaget i Hyppighed paa Grund af disse, og er Resultaterne bedre i de Tilfælde, der har faaet profylaktisk Behandling, hvad enten Patienterne har faaet Eklampsi senere eller ej.

Den profylaktiske Behandlings Indflydelse paa Eklampsihyppigheden.

Det antages almindeligt, at den efterhaanden forbedrede Profylakse har medført en Aftagen af de udbrudte Eklampsiers Antal, men at naa et talmæssigt, sikkert Udtryk herfor er vanskeligt.

Det er selvfølgelig sandsynligt, at en Aftagen af Eklampsihyppigheden, der ikke kan forklares paa anden Maade, kan skyldes en samtidig forbedret Profylakse, men at skelne her mellem post og propter kan være vanskeligt. Det bedste Eksempel af denne Art er den tidligere omtalte Virkning af Krigskosten i Tyskland. Herhjemme har *Albeck* (6) bemærket et udtalt Fald i Eklampsihyppigheden paa Fødselsanstalten i Aarhus, som han, hvad der er højst sandsynligt, tilskriver Agitationen for forebyggende Forholdsregler.

Fuldstændig Sikkerhed naar man dog først, naar man samtidig med et aftagende Antal udbrudte Eklampsier kan konstatere, at de behandlede Tilfælde af Forstadierne tiltager i Antal. En saadan Opgørelse støder imidlertid paa den store Vanskelighed, at medens Antallet af Eklampsier er let at bestemme paa Grund af den sikre Afgrænsning af dette Sygdomsbillede, saa er Antallet af Patienter i Forstadierne højst ubestemmeligt; Grænsen mellem almindelig Svangerskabsalbuminuri, Nephropathi og Eklampsismus er nemlig ganske flydende, og det bliver da let ganske vilkaarlige Tal, man kommer til at arbejde med. Hertil kommer saa yderligere, at man ikke ved, hvor mange af disse Patienter, der behandles i Hjemmene; et større Antal hospitals-

behandlede Patienter behøver blot at betyde et større Antal Indlæggelser.

Medregnes de simple Albuminurier og Nephropathierne faas et stort Antal Tilfælde med, der under ingen Omstændigheder vilde have udviklet sig til Eklampsi, og medregnes kun de ægte Eklampsismer, faas maaske ikke alle de Tilfælde med, hvor profylaktiske Forholdsregler har virket, idet Sygdommen paa Grund af disse kan være standset paa et tidligere Tidspunkt.

Forssners Forslag om (48) ved statistiske Undersøgelser ikke blot at medregne de egentlige Eklampsier, men ogsaa Forstadierne er altsaa teoretisk rigtigt, men praktisk meget vanskeligt at gennemføre.

Da det imidlertid er af stor Betydning at søge at faa en Betyrkelse af det Indtryk, man allerede nu har, at Profylaksen ned-sætter Eklampsihyppigheden, skal Forholdene undersøges nærmere for Københavns Vedkommende.

Som det tidligere er set steg Eklampsihyppigheden i København i Aarene 1918—23, svarende til det formentlig stigende Antal Førstegangsfødende. Derefter faldt Eklampsihyppigheden stærkere i de følgende Aar, end man skulde vente efter Undersøgelserne over Fødselstallets Indflydelse.

Tidspunktet for dette Fald falder sammen med Tidspunktet for Aabningen af Rigshospitalets »Consultation for Svangre« (paa Prof. Gammeltofts Initiativ). Antallet af Svangre og specielt saadanne med Nephritis og Ødemer, som søger denne, har, som det ses af Tabel 212, været stadig stigende, og Muligheden for en mere udbredt Profylakse har dermed været givet.

Tabel 212.
Consultation for Svangre.

	Ptt. ialt	Nephritis	Ødemer
Okt. 1921—22	612	16	6
1923	605	26	13
1924	799	22	22
1925	916	44	17
1926	939	42	24
1927	944	29	16

Det absolutte Tal af de i Løbet af de 10 Aar paa Fødselsstiftelsen i København behandlede Tilfælde af Eklampsi og Eklampsismus ses af Tabel 213.

Som det ses er Antallet af Eklampsier aftagende i de sidste Aar, medens Antallet af Eklampsismer nærmest er i stigende, dog ikke saa udtalt som man maaske vilde vente.

Sammentrækkes Tallene til kun at omfatte de 2 Perioder: før og efter Aabningen af Consultation for Svangre, ses en betydelig Forskel. 1918—21 behandles 6,4 Gange saa mange Eklampsier som Eklampsismer, og 1922—27 kun 3,3 Gange saa mange, altsaa en betydelig Forskydning til Fordel for Eklampsismerne.

Tabel 213.

Fødselsstiftelsen i København.

	Ekl.	Eklampsism.	Neph.	Forhold Ekl./Eklampsism.	Forhold Ekl./Neph.
1918	45	1	301	6,4 : 1	1 : 8,1
1919	37	5	279		
1920	40	13	329		
1921	37	6	376		
1922	41	15	376	3,3 : 1	1 : 11,2
1923	44	10	497		
1924	31	8	484		
1925	30	10	336		
1926	33	9	330		
1927	31	12	330		

Antallet af Patienter med Nephritis er ret konstant gennem Aarene, svarende hertil er der i de 4 første Aar relativ flere Eklampsier i Forhold til Nephriterne end i de sidste 6.

Af andre, der har undersøgt samme Spørgsmaal, findes *Essen-Møller* (43), der kommer til det Resultat, uden at anføre sine Tal, at Eklampsien aftager paa Eklampsismens Bekostning. Samme Resultat kommer ogsaa *Thulin* til (173), hvis Tal anføres nedenfor (Tabel 214).

Man har derfor Lov til at formode, at den forbedrede Adgang til Undersøgelse og rettidig Behandling, som Consultation for Svangre giver, allerede har sat sig Spor her i København.

Paa Landet synes Jordemødrenes Paavirkning fra Jordemodderskolen endnu ikke at have sat sig Spor.

Tabel 214.

Thulin.

	Antal Nephritis gravis	Eklampsismus	Eklampsi
1918	8	13	27
1919	39	11	15
1920	63	12	16
1921	55	12	17
1922	66	20	15
1923	83	24	17
1924	91	31	8
1925	89	15	15
1926	70	12	15
1927	84	11	8
1928	96	25	14

Af de 369 Patienter, der er behandlet for Eklampsi paa Fødselsstiftelsen i København i Aarene 1918—27, har kun 32 eller 8,7 % faaet profylaktisk Behandling. Dette kan selvfølgelig betyde, at Profylaksen har været særlig effektiv, men medregnes ogsaa de behandlede Tilfælde af Eklampsismus findes, at ialt 121 Patienter har faaet mere eller mindre effektiv profylaktisk Behandling mod 337, der overhovedet ingen saadan har faaet. Her mangler altsaa meget endnu, og man har Indtryk af, at Forsømmelsen ligger hos Patienterne; saa snart Patienterne har søgt Læge, er Diagnosen blevet stillet og Behandling indledet, med Undtagelse af ganske enkelte Tilfælde.

Den regelmæssige, man fristes til at foreslaa tvungne, Undersøgelse af Urinen hos alle Svangre og Udbredelsen af Kendskabet til Prodromalsymptomernes Betydning synes altsaa at være den primære Opgave for de profylaktiske Bestræbelser.

Resultaterne af den profylaktiske Behandling.

Naar det skal undersøges, hvilken Indflydelse den profylaktiske Behandling har haft paa Sygdomsforløbet, er det selvfølgelig nødvendigt at undersøge ikke blot de Tilfælde, hvor Behandlingen har haft den tilsigtede Virkning, men ogsaa at medregne de Tilfælde, hvor dette ikke er Tilfældet.

I det anvendte Materiale fra Fødselsstiftelsen i København (Fødeafdelingerne A. og B. og Afdelingen for Svangre (Afdeling L.)) skelnes derfor mellem 2 Grupper: 1) Eklampsismer, hvortil er regnet Tilfælde med Ødemer, Albuminuri, Blodtryksforhøjelse og cerebrale Tilfælde, hvorimod ikke alle har haft Synsforstyrrelser, hvor der altsaa var Mulighed for profylaktisk Behandling, samt 2) Tilfælde af Eklampsi, der har faaet profylaktisk Behandling, selv om denne har været meget kortvarig.

Af Eklampsismer og profylaktisk behandlede Eklampsier findes paa de nævnte Afdelinger fra 1918—27 ialt 123 Tilfælde. Af disse er 89 Eklampsismer og 34 profylaktisk behandlede Eklampsier. 27,6 % af alle Patienter, hvor Diagnosen Eklampsismus er stillet forud for Anfaldenes Begyndelse, faar altsaa Eklampsi.

10 af Patienterne med Eklampsismus faar imidlertid overhovedet ingen profylaktisk Behandling. 10 Patienter indlægges i Fødsel og faar kun kortvarig Behandling under selve denne med Medicamina og i nogle Tilfælde med Aareladning. I 13 Tilfælde afsluttes Fødslens ved forberedt Fødselsvej ved Tang eller Fremtrækning og i 4 Tilfælde ved uforberedt Fødselsvej ved Klip i collum eller vaginalt Kejsersnit.

Tilbage bliver 52 Tilfælde af Eklampsismus, som har faaet egentlig, længere varende, profylaktisk Behandling, deraf 45 paa Afdeling L. Ialt har saaledes kun 86 Patienter faaet virkelig profylaktisk Behandling, og af disse faar 34 eller 39,5 % Eklampsi.

Dette Tal er temmelig stort og kunde tyde paa, at Behandlingen ikke var særlig virksom. Ser man efter i Enkeltheder findes, at 55 alene har faaet diætetisk Behandling, hos nogle understøttet med Aareladning og Stroganoffs Behandling. Af disse faar 29 eller 52,7 % Eklampsi. Gunstigere er Tallene, naar Fødslens efter diætetisk Behandling er indledet kunstigt, idet af disse kun 2 af 22 faar Eklampsi (10 %), samt i de Tilfælde, hvor der efter diætetisk Behandling er forløst ved uforberedt Fødselsvej, idet her 1 af 7 faar Eklampsi (14,3 %).

Om alle de udbrudte Eklampsier gælder dog, at denne har været af let Natur, ialtfald hvad Anfaldenes Antal angaar, idet 20 kun har 1 Anfald og ingen har over 5.

Det første Maal for den profylaktiske Behandling: Undgaaelse af Kramperne, naas altsaa sikrest ved den kunstige Afbrydelse af Svangerskabet.

Det Tidsrum, i hvilket man har kunnet behandle Patienterne inden Fødselsens Begyndelse, spiller selvfølgelig en stor Rolle. Af Tabel 202 ses, at selv om Eklampsihyppigheden nok aftager noget med Behandlingens Varighed, saa er det dog et ret stort Antal, der selv efter langvarig Behandling, endog paa Hospital, faar Eklampsi. Helt kan det dog ikke udelukkes, at disse Resultater vil kunne forbedres noget ved en endnu strengere Diæt end den hidtil anvendte (fuldstændig Sult og Tørst, saltfri Kost).

Tabel 215.

Eklampsihyppighed blandt Eklampsismerne.

Beh. i ? Døgn.	Antal prof.beh. ialt	af disse faar ? Ekl.	i %	Paa L. prof.beh.	af disse faar ? Ekl.	i %
<1	8	5	62,5	9	5	55,6
1—2	5	2	34,3	7	2	28,6
2—3	7	1		3	1	
3—4	7	3		7	2	
4—5	7	2		7	2	
5—6	6	3		2	1	
6—7	3	1	33,3	2	0	22,2
7—14	6	2		9	2	
>14	35	13	37,1	14	3	21,4

Særlig iøjnefaldende er dette Forhold for den rent diætetiske Behandling. (Tabel 216).

Tabel 216.

Eklampsihyppighed blandt diætetisk behandlede Eklampsismer.

Beh. i ? Døgn	Antal ialt	heraf faar Ekl.	i %	Paa L. ialt	heraf faar Ekl.	i %
<1	8	5	62,5	9	5	55,6
1—7	23	10	43,5	16	8	50,0
7—14	5	2	40,0	5	1	20,0
>14	19	12	63,2	5	3	60,0

Ved kunstig Afbrydelse af Svangerskabet er Tallene (Tabel 217):

Tabel 217.

Eklampsihyppighed ved kunstig Afbrydelse af Svangerskabet.

Beh. i ? Døgn	Antal ialt	heraf faar Ekl.	i %
<1	—	—	—
1—7	11	2	18,2
7—14	1	0	0,0
<14	16	1	6,3

Som det ses, faar et stort Antal Patienter Krampeanfald trods de profylaktiske Forholdsregler, men Spørgsmaalet bliver da, om Profylaksen alligevel ikke har gavnet, saaledes at disse Tilfælde forløber lettere.

Behandlingsresultaterne for Mødrene med Eklampsismus og profylaktisk behandlet Eklampsi ses af Tabel 218.

Ialt findes 123 Patienter, af hvilke 9 eller 7,3 % dør. Af disse har dog kun 86 faaet profylaktisk Behandling med 3 Døde (3,5 %).

Paa de samme Afdelinger har 335 Patienter født med Eklampsi uden forudgaaende, profylaktisk Behandling. Af disse dør 31 (9,0 %). Medregnes hertil de Tilfælde af Eklampsismus, der ikke har faaet profylaktisk Behandling, faas 372 ikke før Fødslen behandlede Patienter med 37 Døde (9,9 %).

Forskellen i Mortalitet er altsaa betydelig (3,5 og 9,9 %) (Differense 6,4, Middelfejl 2,5). Særlig gunstige er Resultaterne for de Tilfælde af Eklampsismus, der ikke faar Anfald; her dør kun 1 af 52 Patienter, og dette Dødsfald skyldes ikke Eklampsismen, idet Patienten, der er behandlet med Sengeleje og Diæt i Hjemmet, indlægges i Fødsel med Skraaleje og truende Ruptura uteri. Patienten forløses ved Sectio cæsarea abdominalis og dør 19 Dage post partum af Embolia a. pulm.

Som det ses, er alle Patienter, der er døde med Eklampsismus, døde af Komplikationer, der ikke direkte er afhængige af de her undersøgte Lidelser eller disses Behandling, hvilket ikke er Tilfældet for de 2 Patienter, der døde af Eklampsi.

Alt i alt maa dog Resultaterne for Mødrene siges at være opmuntrende.

T a b e l 218.

Eklampsismer:	Ptt. ialt	†	i 0/0	Ptt. ialt	Afd. L. †	i 0/0
Ingen prof. Beh.	10	1 ^{a)}				
Kortvarig Behandl. under Fødslen	10	0				
Ingen prof. Beh., men Af- slutning af denne ved Tang eller Fremtrækn.	13	2 ^{b) c)}				
do. Afslutning ved Klip i collum eller Sect. cæs. vag.	4	3 ^{d) e) f)}				
Ialt	37	6	16,2			

Eklampsismer, der har faaet profylaktisk Behandling.

Alene Diæt	26	0		18	0	
do. + p. p. a.	20	0		19	0	
do. + Snitforløsning .	6	1 ^{g)}		5	0	
Ialt	52	1	1,9	42	0	0,0

Eklampsier, der har faaet profylaktisk Behandling.

Alene Diæt	29	1 ^{h)}		17	1	
do. + p. p. a.	2	0		1	0	
do. + Snitforløsning .	1	1 ⁱ⁾		—	—	
Uden Prodromer	2 ¹⁾	0		—	—	
Ialt	34	2	5,9	18	1	5,6

a) For tidlig Løsning af Placenta.

b) Hæmorrhagia cerebri før Indlæggelsen.

c) For tidlig Løsning af Placenta.

d) — — —

e) — — —

f) — — —

g) Indlagt i Fødsel med Skraaleje og truende Ruptura uteri, forløses ved Sect. cæs. abd. og dør 19 Dage post partum af Embolia a. pulm.

h) Dør hyperpyretisk 4 Dage efter Sect. cæs. abd.

i) Dør af Eklampsi efter kun 3 Dages diætetisk Behandling.

1) Disse Patienter har ligget paa Afd. L og saaledes haft Mulighed for profylaktisk Behandling, hvorfor de medregnes her.

Børnemortaliteten ses af Tabel 219.

T a b e l 219.

Børnemortalitet.

Eklampsismus	Børn ialt	Døde	i %	reduc. i % ¹⁾
Ingen prof. Beh.	11	2	18,2	18,2
Kortvarig Behandling und. Fødslen	10	0	0,0	0,0
Ingen prof. Beh., men Af- slutning ved Tang eller Fremtrækning	16	6	37,5	31,3
do. Afslutning ved Snit- forløsning	4	4	100,0	0,0
Ialt	41	12	29,3	17,1

Eklampsismer, der har faaet prof. Behandling.

Alene Diæt	26	3	11,5	3,8
do. + p. p. a.	20	7	35,0	15,0
do. + Snitforløsning..	6	6	100,0	66,7
Ialt	52	16	30,8	15,4

Eklampsier, der har faaet prof. Behandling.

Alene Diæt	33	11	33,3	18,2
do. + p. p. a.	2	1		
do. + Snitforløsning..	1	1		
Ialt	36	13	36,1	22,2

Alle Patienter med prof. Behandling.

Alene Diæt	59	14	23,7	11,9
do. + p. p. a.	22	8	36,4	18,2
do. + Snitforløsning..	7	7	100,0	71,4
Ialt	88	29	33,0	18,2

¹⁾ Ved Reduktionen er kun fradraget Børn, der er døde før Indlæg-
gelsen eller paa Grund af for tidlig Løsning af Placenta, men selvfølgelig
ikke Børn, der er døde paa Grund af utilstrækkelig Udvikling.

Som det ses, er Børnedødeligheden omtrent ens i de Tilfælde,
hvor der er anvendt profylaktisk Behandling, og hvor en saadan
ikke er anvendt, og selv i de Tilfælde, hvor Svangerskabet er af-
brudt før Tiden, er Mortaliteten ikke større end den, der fandtes
ved den udbrudte Eklampsi.

En Sammenligning af disse Resultater med de, der er naaet andetsteds, er vanskelig, idet det sikkert er varierende, hvad der henregnes til Eklampsismus. Dernæst er der ogsaa den Vanskelighed, at det ikke altid er anført, om Behandlingsresultaterne, hvad der er det eneste rigtige, gælder alle de profylaktisk behandlede Tilfælde, eller kun de Tilfælde af Eklampsismus, der ikke faar Eklampsi.

Naar bortses fra Skandinavien er det meget faa Tal der foreligger. *De Snoo* (156) skriver, at han i 500 Tilfælde af Svangerskabsintoksikation, der er behandlet mere end 3 Dage med saltfri Kost, kun har set let Eklampsi i 1 Tilfælde.

Baumgart (12) har ved en meget streng diætisk Behandling (Volhard-Kur, saltfri Kost) dog faaet Eklampsi i 22 af 152 Tilfælde af Eklampsismus (14,5 %).

Fra Skandinavien foreligger, takket være Kongressen i Oslo 1929, en Del Tal (Tabel 220).

T a b e l 220.

Forfatter	Eklamps- ismer	af disse faar Ekl.		Døde		Døde Børn i 0/0 reduc.
		ialt	i 0/0	ialt	i 0/0	
Forssner	220	23	10,5	3	1,4	22,5
Essen-Møller	272	7	2,5	7	2,5	
Bovin	149	13	8,7	8	5,4	
Albeck	113			4	3,5	15,5
Thulin	186			4	2,2	21,9
Wichmann	132			7	5,3	
S. Petersen	33			3	9,0	26,0
Kjelland-Mødre . .	81	27	33,3	2	2,5	33,3
Ved kunstig Afbrydelse af Svangerskabet	28	4	14,3	0	0,0	
Ved spont. Fødsel	53	23	43,4	2	3,7	

Det ses at Eklampsihyppigheden blandt Eklampsismuspatienter varierer fra 8,7 til 33,3 %. *Kjelland-Mødre* finder i Lighed med os, at Eklampsihyppigheden er betydelig større, naar Fødslen sker spontant, end naar den afbrydes kunstigt.

Hvad Mødremortaliteten angaar, ses denne at variere fra 1,4 til 9,0 %. Undersøges særlig de Statistiker, hvor det kan ses, hvor hyppigt Fødslen er afbrudt kunstigt, findes Resultaterne ikke at variere meget efter, hvor aktiv Profylaksen har været (Tabel 221). At Eklampsitilfældene baade i vort og i *Kjelland-Mødre*s Ma-

teriale er færrest ved den kunstige Indledning af Fødslen, synes dog at tale til Gunst for denne Fremgangsmaade.

Som det tidligere saas, har Efterundersøgelsen af Patienter, der tidligere har haft Eklampsi, vist, at Recidivhyppigheden er større end tidligere antaget. Konsekvensen heraf er, at Observationen og den profylaktiske Behandling maa bliver særlig grundig for disse Patienters Vedkommende. Det saas ligeledes, at ogsaa de varige Følger efter overstaaet Eklampsi er hyppigere end tidligere antaget. En Del af disse, særlig de cerebrale, er sikkert en Følge af selve Krampeanfaldene, og en Undgaaelse af disse maa altsaa yderligere tilstræbes.

T a b e l 221.

	Aktiv Profylakse i 0/0 af Tilfældene	Mødremort. i 0/0	Børnemort. i 0/0
Bovin	2	5,4	—
Forssner	15	1,4	22,5
Albeck	30	3,5	15,5
Fødselsstift. i København	34	3,5	33,0
Kjelland-Mødre	35	2,5	33,3
Thulin	41	2,2	21,9

Eklampsismens Symptomer.

Paa lignende Maade som for Eklampsipatienterne er Symptomernes Grad opgjort for Patienterne med Eklampsismus (Tabel 222).

T a b e l 222.

Albuminuriens Styrke.

Alb.	Eklampsier		do. prof.beh.		uden prof.beh.		Eklampsier
	Ptt. ialt	i 0/0	Ptt. ialt	i 0/0	Ptt. ialt	i 0/0	i 0/0
under 10 0/00 . .	44	57,1	17	37,8	27	84,4	55,0
over 10 - . .	33	42,9	28	62,2	5	15,6	45,0

Blodtrykkets Højde.

under 175 mm	42	50,0	14	29,8	28	75,7	68,9
over 175 -	42	50,0	33	70,2	9	24,3	31,1

Ødemgrad.

uden	32	36,3	13	26,5	19	48,7	58,4
med	56	63,6	36	73,5	20	51,3	41,7

Det er da iøjnefaldende, at de observerede Tilfælde af Eklampsismus gennemgaaende er af alvorligere Natur end Gennemsnittet af de udbrudte Eklampsier, og dette skyldtes, som det ses, overvejende de profylaktisk behandlede Tilfælde.

Man har derfor Lov til at slutte, at det ikke er nogen Tilfældighed, at disse Patienter med Eklampsismus ikke har faaet Anfald, men at dette skyldes den profylaktiske Behandling, og Resultaterne af denne bliver da saa meget desto mere opmuntrende, som disse Tilfælde, der antagelig er kommet til rettidig Behandling netop paa Grund af Symptomernes Alvorlighed, efter hvad vi tidligere har set, maatte forventes at have en særlig daarlig Prognose.

En hyppigere Anvendelse af profylaktiske Forholdsregler kan altsaa kun tænkes at forbedre Resultaterne yderligere.

De vundne Resultater paa Fødselsstiftelsen i København synes saa gode, at der næppe kan være Grund til at forandre Fremgangsmaaden: Først Forsøg paa diætetisk Behandling i alle Tilfælde, hvor der ikke er overhængende Fare for Moderen, men derpaa kunstig Afbrydelse af Svangerskabet med den mest skaaensomme Metode, hvis Tilstanden forværres.

Indikationen for Afbrydelse af Svangerskabet har i vort Materiale i 12 Tilfælde været Tiltagen af de subjektive Symptomer, stigende Albuminuri og Blodtryk, i 8 Tilfælde har der desuden været ophtalmoskopisk paaviselig Øjenlidelse. I 2 Tilfælde var Indikationen Fosterets intrauterine Død.

Af de 22 Tilfælde, hvor der indledes partus præmaturus artificialis, faar 2 Eklampsi, og ingen dør.. Af de 7, der forløses ved uforberedt Fødselsvej, faar 1 Eklampsi, og 2 dør.

DØDE EKLAMPTIKERE

Ved Undersøgelsen af Dødsfaldene samler Hovedinteressen sig om det Spørgsmaal: Hvad er den direkte eller de direkte Døds-
aarsager ved Eklampsi?

Dette Spørgsmaal kan selvfølgelig kun besvares med Sikkerhed, naar der foreligger Sektion. Dødsaarsagerne kan inddeles i 1) de direkte Følger af Eklampsien; hvad der her i sidste Instans fremkalder Døden kan dog kun den kliniske lagttagelse give Oplysninger om; hyppigst synes Patienterne at dø af Hjertheinsufficiens, i nogle Tilfælde af Nyreinsufficiens. 2) Indirekte Følger af Eklampsien, af hvilke den hyppigste er Hjerneblødning, hertil kan dog ogsaa regnes Lungekomplikationer, fremkaldt ved Aspiration i comatøs Tilstand. 3) Følger af Behandlingen i Form af Blødning, Infektion samt Lungekomplikationer, der skyldes Narkose.

Naar der tidligere under Undersøgelsen af Behandlingsresultaterne ikke er taget Hensyn til Dødsaarsagerne, og der af de Døde kun er fradraget de Patienter, der indlægges moribunde og dør uforløste, saa skyldes det Frygten for at »rense Statistiken«, hvorved al for stor Vilkaarlighed kan gøre sig gældende og tilsløre det væsentligste: det endelige Mortalitetstal. For blot at nævne et Eksempel, saa maa de store, forløsende Operationer give et vist Tab af Patienter ved Blødning, Infektion o. lign., men man kan ikke eensidigt hæfte sig ved dette, hvis samtidig disse Metoder redder et større Antal Patienter, der var gaaet tabt, ved andre, mindre indgribende Metoder, men paa den anden Side kan man ikke fradrage disse Patienter med den Motivering, at disse Dødsfald skyldes Komplikationer.

Kun blandt Stiftelsernes døde Patienter foreligger et tilstrækkelig stort Antal Sektioner, ialt hos 32 af 38 Døde.

Af disse 32 fandtes hos 9 større Hjerneblødning, 4 af Patienterne havde denne allerede før Indlæggelsen og dør kort efter

(de 3 uforløste, 1 havde født i Hjemmet og døde kort efter Indlæggelsen, inden Behandlingen kunde paabegyndes). I disse 4 Tilfælde kan Hæmorrhagien altsaa ikke lægges nogen Behandling til Last, ligesom enhver anden Behandling selvfølgelig vilde være uvirksom.

I 4 Tilfælde opstaar Hæmorrhagien under Opholdet paa Hospitalet, i alle Tilfælde efter Fødslen. 1 af disse Patienter er forløst ved vaginalt Kejsersnit, 2 har født naturligt efter Stroganoffs Behandling og 1 er forløst med Tang.

Heraf lader sig selvfølgelig ingen Slutninger drage om Hæmorrhagiens Aarsag, og denne kunde heller ikke have været forudset. Saaledes er Blodtrykket, som man maatte vente var af Betydning, i 4 Tilfælde under og kun i 3 Tilfælde over 175 mm.

Hos 6 Patienter findes Lungekomplikationer som Dødsarsag eller ialtfald medvirkende Dødsarsag. Det er værd at lægge Mærke til, at i de 4 Tilfælde er Patienterne forløst ved uforberedt Fødselsvej, 3 Gange ved vaginalt Kejsersnit og 1 Gang efter Dilatation af collum, Lungekomplikationerne kan saaledes muligvis være en Følge af Narkosen. Kun i 2 Tilfælde er Patienterne behandlede rent ekspektativt, og i begge disse Tilfælde er Eklampsien opstaaet i Barselsengen, hvor ingen anden Behandling var mulig.

Den navnlig af Dublinerskolen opstillede Formodning om, at Patienterne meget ofte dør som Følge af Aspiration i den comatøse Tilstand, synes saaledes ialtfald ikke at passe for de danske Fødselstiftelsers Materiale.

1 Patient dør af Peritonitis efter vaginalt Kejsersnit, og 2 Patienter dør som Følge af Blødning efter samme Indgreb.

Tilbage bliver 14 secerede Tilfælde, hvor der ved Sektion ikke findes anden Forklaring paa Døden end de typiske, eklamptiske Forandringer. Af disse synes kun 1 at være død af Nyreinsufficiens. Af de 14 Patienter er de 6 forløst ved vaginalt Kejsersnit og 1 efter Dilatation af collum. 4 er behandlede af modum Stroganoff og 3 er alene tangforløste. Ialt er altsaa 7 behandlet udpræget aktivt og 7 afventende.

Hovedindtrykket bliver altsaa, at Komplikationerne udelukkende skyldes de store Indgreb og ganske overvejende det vaginale Kejsersnit, og at de Dødsfald, der direkte skyldes Eklampsien i lige stor Udstrækning er repræsenteret i Grupperne aktivt og afventende behandlede Patienter.

Denne Undersøgelse synes altsaa at bestyrke de tidligere Erfaringer om den mere afventende Behandlings Overlegenhed over den stærkt aktive.

Af Sygehusenes døde Patienter er der kun Meddelelse om Sektion i 7 Tilfælde, og kun i 29 Tilfælde findes et klinisk Skøn over Dødsmaaden. Tallene er derfor uegnede til nærmere Bearbejdelse, men ogsaa disse smaa Tal synes at vise de store Indgrebs Tilbøjelighed til Komplikationer.

Dødsfaldenes Afhængighed af ydre og indre Faktorer er der iøvrigt paa andre Steder gjort Rede for.

Den totale Mødremortalitet ses af Tabel 223.

T a b e l 223.

	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Diff.	Mdf.
P.	116	18	15,5		
S.	742	142	19,1	>10,2 (ca. $5 \times \mu$)	2,0
St.	428	38	8,9		
Ialt	1286	198	15,4		

Mortalitetens Svingninger pr. Aar ses af Tabel 224, hvoraf det ses, hvordan navnlig Stiftelsernes Resultater forbedres med Aarene.

T a b e l 224.

	P.		S.		Mort. i %	St.		Mort. i %	ialt		Mort. i %
	ialt	†	ialt	†		ialt	†		ialt	†	
1918 ..	3	1	46	9	19,6	52	4	7,7	101	14	13,9
1919 ..	10	3	51	11	21,6	38	8	21,1	99	22	22,2
1920 ..	9	1	69	14	20,3	48	4	8,3	126	19	15,1
1921 ..	22	3	66	11	16,7	46	2	4,3	134	16	11,9
1922 ..	15	3	86	21	24,4	45	5	11,1	146	29	19,9
1923 ..	16	2	77	20	26,0	52	7	13,5	145	29	20,0
1924 ..	16	0	74	9	12,2	38	5	13,2	128	14	10,9
1925 ..	7	1	92	14	15,2	35	0	0,0	134	15	11,2
1926 ..	4	0	85	15	17,6	37	3	8,1	126	18	14,3
1927 ..	10	3	96	18	18,8	37	0	0,0	143	21	14,7

Af Tabel 225 ses, at Mortaliteten er betydelig større for Flerend for Førstegangsfødende, hvilket svarer til, at Symptomerne, som det saas, var alvorligere hos de første.

Tabel 225.

	I grav.			∞ grav.		
	ialt	Døde	Mort. i %	ialt	Døde	Mort. i %
P.	68	4	5,9	40	12	30,0
S.	432	73	16,9	249	57	22,9
St.	332	23	6,9	95	14	14,7
Ialt	832	100	12,0	384	83	21,6

Differense mellem I og ∞ grav. = 9,6 %, Middelfejl = 2,4 (c. $4 \times \mu$).

Af Tabel 226 ses, at Mortaliteten stiger stærkt med Alderen. For at skelne mellem Alderens og Fødselstallets Indflydelse er der i Tabel 227 foretaget en Adskillelse mellem disse 2 Faktorer (Kurve 10).

Tabel 226.

Alder	Ptt. ialt	Døde	Mort. i %	Diff.	Mdf.
15—19	148	15	10,1	21,2 (c. $3,7 \times \mu$)	5,7
20—24	343	36	10,5		
25—29	316	44	13,9		
30—34	213	38	17,8		
35—39	147	32	21,8		
40—44	83	26	31,3		
45—47	9	0	—		

Tabel 227.

	I grav.			∞ grav.		
	Ptt. ialt	†	Mort. i %	Ptt. ialt	†	Mort. i %
15—19	144	14	9,7	1	0	—
20—24	300	31	10,3	27	5	18,5
25—29	216	26	12,0	84	15	17,9
30—34	104	15	14,4	100	21	21,0
35—39	40	7	17,5	98	23	23,5
40—44	13	6	18,8	60	17	28,3
45—47	2	0	—	7	0	—

Det ses da, at Mortaliteten stiger lige stærkt med Alderen hos de 2 Grupper af Patienter, og at den stigende Dødelighed altsaa ikke blot kan skyldes en med Aarene vanskeligere Fødsel.

De Flergangsfødendes og de Ældres større Mortalitet er sikkert Skyld i, at de Gifte har højere Mortalitet end de Ugifte (Tabel 228) og Patienterne fra Landdistrikterne højere Mortalitet end Patienterne fra Byerne (Tabel 229).

Tabel 228.

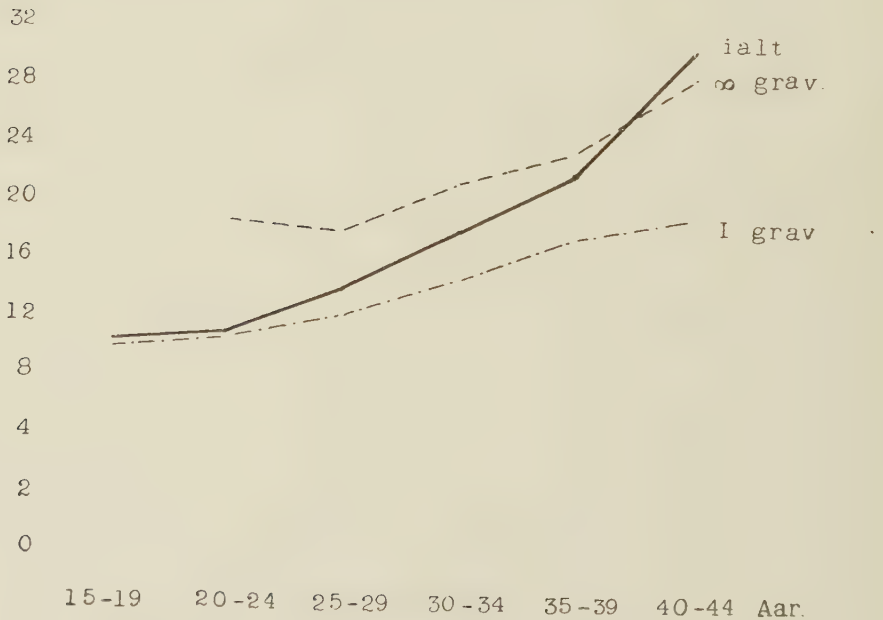
	ialt	Gifte		ialt	Ugifte	
		Døde	Mort. i %		Døde	Mort. i %
P.	98	16	16,3	16	1	6,3
S.	630	124	19,7	106	18	17,0
St.	278	27	9,7	150	11	7,3
Ialt	1006	167	16,6	272	30	11,0

Differense Gifte—Ugifte = 5,6 %, Middelfejl = 2,2 (c. $2,5 \times \mu$).

Tabel 229.

	ialt	Land		ialt	By	
		Døde	Mort. i %		Døde	Mort. i %
P.	80	15	18,8	28	1	3,6
S.	369	84	22,8	241	39	16,2
St.	—	—	—	428	38	8,9
Ialt	449	99	22,0	697	78	11,2

Differense Land—By = 10,8 %, Middelfejl = 2,3 (c. $4,5 \times \mu$).



Kurve 10. Mødremortalitet og Alder.

RESUMÉ

Ved en foretagen Undersøgelse er der her i Landet i Aarene 1918—27 fundet 1286 Tilfælde af Eklampsi ved 737,701 Fødsler, hvilket giver en total Eklampsihyppighed paa 1:574 eller 1,74 ‰.

Af Eklamptikerne er 116 (eller ca. 9 %) behandlet i Hjemmene, 742 paa Sygehuse og 428 paa Fødselsstiftelser.

I den undersøgte Aarrække er den relative Eklampsihyppighed stigende fra Aar til Aar, særlig i de første 5 Aar. Ved supplerende Beregninger er som Aarsag til denne Stigning antaget en Tiltagen af det relative Antal af Førstegangsfødende, der har stor Eklampsihyppighed.

En Opgørelse af den relative Eklampsihyppighed pr. Kalendermaaned viser Svingninger i denne (for Landbefolkningen med Maxima i Marts og August, for Hovedstaden i Marts, April samt August og Oktober). Disse Svingninger menes delvis at kunne forklares ved Svingninger i de Førstegangsfødende relative Antal.

Den relative Eklampsihyppighed er større i Byerne end paa Landet, og større i Hovedstaden end i Provinsbyerne. Denne Forskel synes kun delvis at kunne forklares ved Forskellighed i Forholdet mellem de Første- og de Flergangsfødendes Antal.

En regionær Opgørelse af den relative Eklampsihyppighed (pr. Amt) viser højere Værdier for denne omkring de større Byer. Der synes desuden at være nogen Sammenhæng mellem Procentantallet af Fødsler udenfor Ægteskab og Eklampsihyppighed.

Den relative Eklampsihyppighed er mere end dobbelt saa stor for ugifte som for gifte Fødende. Denne Forskel skyldes Forskel i Fordelingen af Første- og Flergangsfødende i de to Befolkningsgrupper.

Den relative Eklampsihyppighed i de forskellige Aldersklasser viser høje Værdier blandt de Yngste og de Ældste. Ved supplerende Beregninger er Fødselstallets Indflydelse søgt bortelimineret. Der findes da kun en Stigning af Eklampsihyppigheden med Alderen.

Ved supplerende Beregninger er skaffet et Skøn over Fødselstallets Indflydelse paa Eklampsihyppigheden. Denne synes at aftage med Fødselstallet.

Tidspunktet i Forhold til Fødslen for Krampeanfaldenes Udbrud er undersøgt. Hos Flergangsfødende og hos ældre Fødende udbryder Krampeanfaldene hyppigere paa et tidligere Tidspunkt end hos Førstegangsfødende og Yngre. Det paavises, at Aarsagen hertil er en alvorligere Grundlidelse hos de første. Hos Førstegangsfødende udbryder Eklampsien hyppigst paa et senere Tidspunkt af Fødslen, og Tilfældene er gennemgaaende lettere.

Dette forklares ved, at Krampeanfaldenes Udbrud betinges af 2 Faktorer: Grundlidelse og Irritament (Vevirksomhed). Stærk Vevirksomhed kan bringe Kramperne til Udbrud selv i lettere Tilfælde, og alvorligere Grundlidelse kan medføre Anfald ved mindre Irritament. Dette kan forklare, hvorfor Førstegangsfødende faar hyppigere, men til Gengæld lettere Eklampsi end Flergangsfødende.

Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud i Svangerskabet og i Barselsengen er undersøgt, særlig af Hensyn til Teorien om Eklampsiens ovulære Oprindelse. Det foreliggende Materiale og en kritisk Literaturgennemgang synes ikke at tale mod denne.

Mødremortaliteten er i det foreliggende Materiale uafhængig af det Tidspunkt i Svangerskabet eller Barselsengen, hvor Eklampsien udbryder.

Mødremortaliteten er højest ved Eklampsiens Udbrud i Svangerskabet (21,1 %) og lavest ved Udbrud under Fødslen (11,5 %), her er den atter dobbelt saa stor ved Udbrud i Uddrivningsperioden (14,8 %), som ved Udbrud i Uddrivningsperioden (7,4 %) og endelig blandt de efter Fødslen udbrudte, hvor den er 13,0 %, omtrent dobbelt saa stor i Efterbyrdsperioden (18,3 %), som i Barselsengen (10,8 %).

Der er foretaget en Opgørelse af Patienternes Antal Anfald. Dette ses at stige med stigende Albuminuri og Blodtryk.

Mødremortaliteten ses at stige stærkt med stigende Antal Anfald.

Der er foretaget en Opgørelse af Graden af Patienternes Albuminuri. Denne stiger med Alderen. De albumenfri Tilfælde er undersøgt nærmere.

Mødremortaliteten ses at stige stærkt med tiltagende Albumenmængde i Urinen.

For en Del af Materialet er Ødemhyppigheden undersøgt. Denne ses at være afhængig af Albuminurien.

Der er foretaget en Opgørelse af Blodtryksværdierne hos Patienterne. De stiger som ventelig med Alderen, og er større hos Fler- end hos Førstegangsfødende.

Mødremortaliteten stiger stærkt med Blodtrykket.

Hyppigheden af længerevarende, dyb Coma undersøges. Det vises, at Patienter med saadan Coma har særlig alvorlig Symptomer og særlig høj Mortalitet.

Temperaturforhøjelse er relativ sjælden og influerer ikke i væsentlig Grad paa Mødremortaliteten.

21,7 % af Patienterne har ikke Prodromalsymptomer. Disse repræsenterer de letteste Tilfælde.

Efter Undersøgelserne over Indflydelsen af Symptomernes Styrke paa Mortaliteten foretages en Inddeling i lette og svære Tilfælde.

31 Tilfælde af interkurrent Eklampsi er undersøgt nærmere. Disse Tilfælde er gennemgaaende ikke lettere end de øvrige. Til Støtte for Teorien om Eklampsiens føtale Oprindelse taler, at alle Symptomer bedres i umiddelbar Tilslutning til Fosterets intrauterine Død.

Af de 1286 Eklamptikere har 38 (eller 3 %) haft Eklampsi ved tidligere Fødsler. Beregnes Hyppigheden af Recidiv alene blandt Flergangsfødende, findes den at være 9,5 %. Mortaliteten blandt disse Patienter er 21,1 %. En Gennemgang af den senere Tids Undersøgelser viser, at Recidivhyppigheden er større end tidligere antaget.

Den relative Eklampsihyppighed hos Flerfoldsfødende er 6,76 ‰ eller ca. 4 Gange større end hos Eenfoldsfødende. En Undersøgelse af Symptomernes Styrke hos disse Patienter synes at vise, at dette skyldes det større Fødselsarbejde og ikke en alvorligere Grundlidelse.

Der gives en kort historisk Oversigt over Eklampsibehandlingens Udvikling. De siden 1910 offentliggjorte Behandlingsresultater viser størst Mødremortalitet ved rent aktiv Behandling, lavere ved individualiserende, og lavest ved rent afventende, dog tenderende mod Udligning med Aarene.

En Opgørelse af de her i Landet anvendte Behandlingsformer viser, som det mest iøjnefaldende, at Sygehusenes Behandling gennemgaaende er mere aktiv end Fødselsstiftelsernes.

For hele Landet er Mødremortaliteten 15,5 %. For praktiserende Læger 16,1 %, for Sygehusene 19,3 % og for Fødselsstiftelserne 8,2 %.

Af de enkelte Behandlingsformer har det abdominale Kejsersnit den højeste Mortalitet (27,2 %). For det vaginale Kejsersnit er Mortaliteten 18,4 % og for Stroganoffbehandlingen: 14,8 %. Lavest er Mortaliteten ved Forløsning ved uforberedt og forberedt Fødselsvej ved Tang eller Fremtrækning (13,3 og 11,9 %). Naar undtages det vaginale Kejsersnit er Mødremortaliteten ved de forskellige Behandlingsformer fra 3 til 5 Gange større for Sygehusene end for Fødselsstiftelserne.

Ved en Opgørelse af Behandlingsresultaterne for Mødrenes Vedkommende efter Tidspunktet for Eklampsiens Udbrud i Forhold til Fødslen findes de bedste Resultater ved den i Svangerskabet udbrudte Eklampsi at være naaet ved afventende Behandling, uanset om det drejer sig om lette eller svære Tilfælde. Ved de i Udvidningstiden udbrudte synes de bedste Resultater at være naaet ved hurtig Forløsning. I lette Tilfælde bedst ved de smaa Indgreb understøttet af Stroganoffs Behandling; i de svære Tilfælde bedst ved det vaginale Kejsersnit. I Uddrivningsperioden er Resultaterne ikke i væsentlig Grad forskellige ved de forskellige Behandlingsmaader. I Efterbyrdsperioden og Barselsengen synes de bedste Resultater at være naaet ved rent medikamentel Behandling. Virkningen af Aareladning synes mere tvivlsom.

En Deling af Materialet i Første- og Flergangsfødende viser som mest iøjnefaldende Ejendommelighed, at det særlig er ved Eklampsi udbrudt i Svangerskabet hos Førstegangsfødende, at afventende Behandling har saa meget bedre Resultater end rent aktiv Behandling.

Alderen synes ikke at spille anden Rolle, end den Forskel i Fødselstallet kan forklare.

Ialt er af de 1286 Eklamptikere født 1366 Børn (nærmere Oplysning findes om 1328). Ca. Halvdelen er for tidligt fødte. Ialt ca. 5 % er Aborter.

34,1 % dør, inden Moderens Behandling er ophørt. For de praktiserende Læger er den ureducerede Børnemortalitet 18,4 %, for Sygehusene 40,0 % og for Fødselsstiftelserne 28,7 %.

Børnemortaliteten er større for Børn af Flergangsfødende (44,4 %) end for Børn af Førstegangsfødende (29,4 %), og derfor ogsaa større for Børn af gifte Mødre (35,9 %) end for Børn af ugifte Mødre (28,0 %) og større i Landbefolkningen (41,3 %) end i Bybefolkningen (29,9 %).

Børnemortaliteten stiger med Moderens Alder, baade for Første- og Flergangsfødende og er afhængig af Symptomernes Styrke, stigende med disse.

En Opgørelse fra tidligere Undersøgere af Børnemortaliteten ved de 3 tidligere omtalte Hovedmetoder for Behandlingen viser ingen væsentlig Forskel paa Resultaterne ved disse.

Børnemortaliteten ved de forskellige Behandlingsmaader i vort Materiale følger i alt væsentligt Mødremortaliteten; kun synes Fremgangen i Resultaterne for Mødrenes Vedkommende ved afventende Behandling af de i Svangerskabet udbrudte Eklampsier at have medført større Tab af Børn.

En Undersøgelse af Forholdene i København synes at vise, at den relative Eklampsihyppighed er aftagende efter Aabningen af Rigshospitalets Consultation for Svangre i 1923. Samtidig synes det relative Antal af Forstadierne at tiltage. Af 369 paa Fødselsstiftelsen i København behandlede Eklamptikere har 34 eller 9,8 % faaet profylaktisk Behandling. Medregnes til disse ogsaa de diagnosticerede Tilfælde af Eklampsismus faas 123 Patienter, der har haft Mulighed for profylaktisk Behandling. En længerevarende saadan har dog kun kunnet gives hos 86 Patienter. Af disse faar 34 eller 39,5 % senere Eklampsi, Hyppigheden heraf synes mindre ved kunstig Afbrydelse af Svangerskabet end ved rent afventende Behandling.

Af de 86 Patienter dør 3 (3,5 %). De ikke profylaktisk behandlede Eklampsier har en Mortalitet paa 9,9 %.

Børnemortaliteten er omtrent ens ved som uden Profylakse. Til Gunst for den profylaktiske Behandling taler, at de behand-

lede Tilfælde synes særlig alvorlige, maalt ved Symptomernes Styrke.

En Undersøgelse af Dødsaarsagerne hos Mødrene synes at vise, at Komplikationerne udelukkende skyldes de store Indgreb, og at de Dødsfald, der direkte skyldes Eklampsien i lige stor Udstrækning er repræsenteret i Grupperne aktivt og afventende behandlede Patienter.

LITERATURFORTEGNELSE

Der er anvendt følgende Forkortelser:

- Acta: Acta obstetricia et gynecologica scandinavica.
 Am. J. Obst. & Dis.: American Journal of Obstetric and Diseases of Women and Children.
 Am. J. Obst. Gyn.: American Journal of Obstetric and Gynecologi.
 Arch. f. Gyn.: Archiv für Gynäkologie.
 J. A. M. A.: The Journal of the American medical Association.
 J. Obst. & Gyn. Brit Emp.: The Journal of Obstetrics and Gynecologi of the British Empire.
 M. G. G.: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.
 M. m. W.: Münchener medizinischer Wochenschrift.
 Z. f. G.: Zentralblatt für Gynäkologie.
 Z. f. G. G.: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

1. Aal, C.: Eklampsien ved Kristiania Fødselstiftelse. Tidsskrift for den norske Lægeforening. 1905, 114.
2. Ahlfeld: Lehrbuch der Geburtshilfe, 1903.
3. Albeck, V.: Bidrag til Eklampsiens Klinik og Terapi. Arbejder fra den kongelige Fødsels- og Plejestiftelse i København, 1910.
4. Albeck, V.: Studier af de med Eklampsi beslægtede Svangerskabs-sygdommes Klinik og Pathogenese, 1918.
5. Albeck, V.: Die Schwangerschaftsnephrose. Acta 2, 216, 1924.
6. Albeck, V.: Diskussionsindlæg. Forhandl. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
7. Atzerodt, K.: Zur Therapi der Eklampsie. Z. f. Gyn. 52, 2645, 1928.
8. Auvard & Daniel: cit. Eheler.
9. Ballantyne: Diskussionsindlæg, British Congres of Obstetr. & Gyn. Liverpool 1922.
10. Balard & Marsaudon: L'eclampsie à la Clinique obstetr. de Bordeaux, cit. Gyn. & Obstetr. 2, 58, 1920.
11. Bauch, B.: Beiträge zum Eklampsieproblem. Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynæk. 9, 180, 1922.
12. Baumgart: Die Verhütung der Eklampsie. Z. f. G. 647, 1929.
13. Beck, A. C.: The conservative treatment of eclampsia. Am. J. Gyn. Obst. 7, 677, 1924.
14. Beuthe: cit. Hinselmann.

15. Bidder, E.: Ueber 455 Falle von Eklampsie aus der St. Petersburger Gebäranstalt. Arch. f. Gyn. 44, 165, 1893.
16. Bienenfeld, B.: Eklampsie im Spätwochenbett. Z. f. G. 1013, 1922.
17. Boije, O. A.: Ein Beitrag zur Frage der Eklampsiebehandlung. Fin ska Läkaresällskapets Handlingar. 63, 1921.
18. Boissard: cit. Ebeler.
19. Bollag, K.: cit. Ebeler.
20. Bovin: Diskussionsindlæg. Forh. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
21. British Congress of Obstetr. and Gynæc.: The Prognosis and Treatment of Eclampsia. J. Obst. & Gyn. Brit. Emp. 29, 456, 1922.
22. Brummerstädt: cit. Hinselmann.
23. Bumm, E.: Die sofortige Entbindung ist die beste Eklampsiebehandlung. M. m. W. Nr. 21, 1903.
24. Bund, R.: Ueber des spätere Befinden Eklamptischer und ihrer Kinder. Z. f. G. 2879, 1925.
25. Büttner, O.: Die Eklampsie im Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin während der Zeit von 1. Juli 1881 bis 31. Dez. 1891. Arch. f. Gyn. 65, 465, 1902.
26. Büttner, O.: Statistik und Klinik der Eklampsie im Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin. Arch. f. Gyn. 70, 322, 1903.
27. Casamayor: These de Paris 1892.
28. Charpentier: Traité pratique des Accouchement. Paris 1883.
29. Clason, S.: Die Resultate der Eklampsie- und Eklampsismusbehandlung an der geburtshilflichen Klinik der Karolinischen Institut zu Stockholm in den Jahren 1920—27. Acta 7, 43, 1928.
30. Commandeur: Traitement de l'eclampsie. Annales d. Gyn. & d'Obstetr. 8, 678, 1911.
31. Cragin, E. B.: The Value of the avoidance of Shock and Trauma in the treatment of Eclampsia. Am. J. Obst. & Dis. 76, 211, 1917.
32. Davis, A. & Harrar, J.: Toxemia of Pregnancy. J. A. M. A. 87, 233, 1926.
33. Deleurye: cit. Essen-Möller.
34. Ditzel, W.: Statistische Oplysninger om ca. 39,000 Fødsler. Kjøbenhavn 1882.
35. Dührssen: cit. Essen-Möller.
36. Ebeler, F.: Ueber Früheklampsie. Z. f. G. & G. 79, 536, 1917.
37. Eberhard, H. F.: Weitere Erfahrungen mit unserer Eklampsiebehandlung. Z. f. G. G. 92, 204, 1928.
38. Eden, T. W.: A Commentary on the Reports presented to the British Congress of Obstetr. and Gyn. June 29th. 1922. J. Obst. & Gyn. Brit. Emp. 29, 386, 1922.
39. Eisenreich & Schmincke: cit. Ebeler.
40. Engelmann, F.: Weitere Beiträge zur Eklampsiefrage. M. G. G. 61, 187, 1923.

41. Engelmann, F.: Zur Frage der Eklampsiebehandlung. *Z. f. G.* 397, 1929.
42. Esch: Ueber Eklampsie. *Z. f. G. & G.* 58, 11, 1906.
43. Essen-Möller, E.: Weitere Eklampsieerfahrungen. *M. G. G.* 55, 84, 1921.
44. Essen-Möller, E.: Die Behandlung der Eklampsismus früher und jetzt. *Acta* 2, 461, 1924.
45. Essen-Möller, E.: Eklampsismus und Eklampsie. I Halban & Seitz: *Biologie und Pathologie des Weibes*. Urban & Schwarzenberg, Berlin & Wien.
46. Essen-Möller, E.: Diskussionsindlæg. Forh. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
47. Falk: cit. Ebeler.
48. Forssner, H.: Diskussionsindlæg ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
49. Freund, R.: Ueber Eklampsie und ihre Behandlung auf Grund von 551 Fällen. *Arch. f. Gyn.* 97, 390, 1912.
50. Freund, R.: Erfahrungen mit der abwartenden Eklampietherapie. *Arch. f. Gyn.* 107, 281, 1917.
51. Freund, R.: Zur Prognose der Früh- und Späteklampsie bei aktiver und abwartender Behandlung. *Arch. f. Gyn.* 109, 165, 1918.
52. Finch: *Z. f. G. G.* 84, I, 1922.
53. Fromme: Ueber die Erfolge der Schnellentbindung bei Eklampsie. *Prakt. Ergebn. der Geburtsh. und Gyn.* 2, 302, 1910.
54. Fürst, W.: Ueber das Vorkommen der Eklampsie und die Berechtigung der aktiven Therapie. *Z. f. G.* 384, 1924.
55. Füh, R.: Beitrag zur Kasuistik der Eklampsie in frühen Schwangerschaftsmonaten. *Z. f. G.* 1098, 1928.
56. Gammeltoft, S. A.: Eklampsiespørgsmaalets nuværende Stilling. Indledningsforedrag ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
57. Gammeltoft, S. A.: Diskussionsindlæg, sammesteds.
58. Gammeltoft, S. A. & Nyeberg, O.: The Importance of Ante-natal care. *Arbejder fra Fødeafd. A. og gynækologisk Afdeling Rigshospitalet*. Bind. 4, 1927.
59. Gessner, W.: Die badische Eklampsiestatistik für das Jahr 1923 im Lichte einer Entwicklungsmechanik der Krankheiten auf diätetischer Basis. *Z. f. G.* 1361, 1925.
60. Glockner, A.: Zur Behandlung und Statistik der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.* 63, 166, 1901.
61. Goedecke: Klinische Beobachtungen über Eklampsie. *Z. f. G. G.* 45, 44, 1901.
62. Goldberg: Beitrag zur Eklampsieproblem auf Grund von 81 Fällen. *Arch. f. Gyn.* 41—42, 1891—92.
63. Greenhill: Eclampsia at the Chikago Lying-in Hospital. *J. A. M. A.* 87, 228, 1926.

64. Groené, O.: Resultatet af Eklampsiebehandl. vid Malmö allm. Sjukhus Barnbördsafd. Svenska Läkaretidn. 20, 769, 1923.
65. Gross: cit. Ebeler.
66. Gugenheim: cit. Ebeler.
67. Götz: Ein Fall von Eclampsia tardissima 8 Wochen post partum. Z. f. G. 517, 1901.
68. Haendly: cit. Ebeler.
69. Hammerschlag: Die Eklampsie im Ostpreussen. M. G. G. 20, 475, 1904.
70. Hammerschlag: Diskussionsindlæg. Z. f. G. G. 91, 1927.
71. Harding, V. J. & van Wyck, H. B.: Diet in the Treatment of Pre-eclampsia. J. Obst. & Gyn. Brit. Emp. 23, 17, 1926.
72. Harig: Ist Württemberg relativ immun gegen Eklampsie? Dissert. Tübingen 1901.
73. Hauch, E.: Om Behandlingen af Eklampsi. Ugeskrift for Læger 78, 1151, 1916.
74. Hauch, E.: Om Eklampsi opstaaet i Barselsengen. Bibliotek for Læger 109, 357, 1917.
75. Hauch, E.: Om Eklampsien i Danmark. Forh. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
76. Hauch, E.: Diskussionsindlæg. Forh. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
77. Heinlein: Zur Therapie und Profylaxe der Eklampsie. Z. f. G. 48, 305, 1924.
78. v. Heuss: Eklampsie und Kälteeinbrüche in den Jahren 1908—1922 in Berlin. Z. f. G. G. 91, 323, 1927.
79. Heynemann: Die Eklampsie- und Schwangerschaftsnieren. I Hinselmann: Die Eklampsie.
80. Hinselmann: Die Eklampsie. Bonn 1924.
81. Hitschmann: cit. Ebeler.
82. Hochenbichler: Ueber die mütterliche Eklampsiesterblichkeit an unserer Klinik in der Zeit vom 20/1. 1910—20/9. 1926. Z. f. G. 486, 1927.
83. Hoenhorst, A.: Eklampsie und Wetter. Z. f. G. 48, 113, 1924.
84. Hüßy: cit. Hinselmann.
85. Ingerslev: Bidrag til Eklampsiens Ætiologi, Prognose og Behandling. Disputats Kjøbenhavn 1879.
86. Katsuya, S.: Zur Behandlung der Eklampsie. Z. f. G. G. 90, 502, 1927.
87. Kapferer: cit. Stroganoff.
88. Keller: cit. Ebeler.
89. Kisch: cit. Prinzing: Handbuch der mediz. Statistik. Jena 1906.
90. Kjelland-Mordre: Eklampsisporgsmaalets nuværende Stilling, spec. med Hensyn til Behandlingen. Forhandl. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
91. Klasten: Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Präeklampsie. Arch. f. G. 135, 651, 1929.
92. Klein, W. C.: 10 Jahre Eklampsie und ihre Behandlung. Arch. f. Gyn. 139, 413, 1930.

93. Knapp: cit. Hinselmann.
94. Kobes: Das spätere Schicksal eklamptischer und präeklamptischer Frauen. Z. f. G. 54, 666, 1930.
95. Krieger, E.: Eklampsie und Fieber. Z. f. G. 2715, 1928.
96. Kroemer: cit. Ebeler.
97. Krassowsky: cit. Stroganoff.
98. Kuhr: Eklampsie und apoplektische Blutungen. Z. f. G. 114, 1929.
99. Küstner, H.: Die Eklampsiefälle in Freistaat Sachsen in den letzten 10 Jahren. Arch. f. Gyn. 145, 577, 1931.
100. Lantos: Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie. Arch. f. Gyn. 32, 1888.
101. Laubenburg: cit. Ebeler.
102. Legroux: cit. Bienenfeld.
103. Leidenius, L.: Eklampsiestatistik der Universitätsklinik und der Stadt Helsinki. Acta Soc. Medic. Fennicæ »Duodecim«, Tome VI, Fasc. 3, 1925.
104. Leubuscher: cit. Bienenfeld.
105. Lichtenstein, F.: Zur Klinik, Therapie und Aetiologie der Eklampsie nach einer neuen Statistik bearbeitet auf Grund von 400 Fällen. Arch. f. Gyn. 95, 183, 1911.
106. Lichtenstein, F.: Die abwartende Eklampsiebehandlung. Arch. f. Gyn. 98, 415, 1912.
107. Lichtenstein, F.: Weitere Erfahrungen mit der abwartenden Eklampsiebehandlung. M. G. G. 38, 1913.
108. Lichtenstein, F.: Zur Begründung der abwartenden Eklampsiebehandlung nach 5-jähriger Erfahrung. Arch. f. G. 106, 255, 1917.
109. Lichtenstein, F.: Zehn Jahre geburtshilflich abwartender Eklampsiebehandlung. Z. f. G. 46, 5, 1922.
110. Liebmann, S.: Kaiserschnitt wegen Eklampsie. Z. f. G. 50, 414, 1926.
111. Liepmann: Zur Aetiologie der Eklampsie. M. m. W. 2484, 1905.
112. Linzenmeier: cit. Z. f. G. 1010, 1922.
113. Löhlein: Bemerkungen zur Eklampsiefrage. Z. f. G. G. 4, 88, 1879.
114. Lutz: Zur Eklampsiebehandlung. Z. f. G. 204, 1913.
115. Martin: Die Behandlung der Eklampsie. Z. f. G. 1238, 1927.
116. Meyer: cit. Ebeler.
117. Meyer, L.: Zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft und bei der Geburt. Z. f. G. G. 16, 215, 1889.
118. Meyer-Wirz: Klinische Studie über Eklampsie. Arch. f. Gyn. 71, 15, 1904.
119. Mc. Neile & Vruwie: Magnesium sulphate intravenously. J. A. M. A. 87, 236, 1926.
120. Mc. Pherson, R.: The conservative treatment of Eclampsia. Am. J. Obst. & Dis. 77, 58, 1918.
121. Miller: Critical Survey of 159 cases treated by conservative methods. Edinburgh medic. Journ. 1929.
122. Mingelen: cit. Stroganoff.

123. Moraweck: cit. Bienenfeld.
124. Möhlmann: Ueber die Therapie der Eklampsie. Z. f. G. G. 62, 79, 1908.
125. Neuwirth: Nachuntersuchungen an ehemals Eklamptische. Dissert. Würzburg 1926.
126. Nevermann, H.: Ueber das Schicksal der an Eklampsie erkrankten Frauen. Arch. f. G. 129, 891, 1927.
127. Nevermann, H.: Zur Eklampsiefrage. Z. f. G. 2159, 1927.
128. Olow, J.: Diskussionsindlæg. Forh. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
129. Olshausen: Ueber Eklampsie. Volkmanns Sammlung Klin. Vorträge Bd. 39, 1892.
130. Olshausen: Beitrag zu den puerperalen Psychosen spez. den nach Eklampsie auftretenden. Z. f. G. G. 21, 371, 1891.
131. Oppenheimer, W.: Begünstigen Witterungseinflüsse den Ausbruch der Eklampsie? Arch. Gyn. 122, 158, 1924.
132. Peterson, R.: A Consideration of vaginal Cesarian section in the Treatment of Eclampsia. Am. J. Obst. & Dis. 64, 1, 1911.
133. Peterson, R.: The role of abdominal cesarian section in the treatment of Eclampsia. Am. J. Obst. & Dis. 69, 582, 1914.
134. Petersen, S.: Diskussionsindlæg. Forhandl. ved nord. kir. Forenings 17. Mode i Oslo 1929.
135. Powitzer: 245 Fälle von Eklampsie aus dem Rudolph Virchow Krankenhaus, Berlin. 1911—20. Z. f. G. 1921.
136. Primo: cit. Stroganoff.
137. Rohrbach: Statistik und Kritik über 158 Eklampsiefälle und deren Behandlung. Z. f. G. G. 73, 613, 1913.
138. Roth: cit. Stroganoff.
139. Rubin, M. & Westergaard, H.: Ægteskabsstatistik. Kobenhavn 1890.
140. Ruge, C.: Zur Behandlung der Eklampsie. Arch. f. G. 108, I, 1918.
141. Rupp: Zur Behandlung der Eklampsie. Z. f. G. G. 96, 373, 1929.
142. Sachs, H.: Hydrops und Wetter. Z. f. G. 2275, 1929.
143. Schauta: Beiträge zur Lehre von der Eklampsie. Arch. f. G. 18, 263, 1881.
144. Schickele: Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft. Arch. f. G. 92, 1919.
145. Schiller: cit. Stroganoff.
146. Schlesinger: cit. Hinselmann.
147. Schmeckel: Rezidivierende Eklampsie. Z. f. G. 2405, 1929.
148. Schmidt: cit. Stroganoff.
149. Schnock: cit. Stroganoff.
150. Schreiber: Ein Beitrag zur Statistik der Eklampsie. Arch. f. Gyn. 51, 335, 1896.
151. Schroderus, M.: Om klimatets och akuta infektionssjukdomars betydelse för Frekvensen af graviditetstoxikoser, speciellt Eklampsie. Forhandl. ved nord. kir. Forenings 17. Mode i Oslo 1929.

152. Schwarz, O. A. & Dieckmann, W. J.: Important Procedures in the conservative treatment of Eclampsia. *Am. J. Obst. Gyn.* 18, 515, 1929.
153. Seehafer: Ueber Eklampsietherapie. *Cit. Z. f. G.* 1925.
154. Seitz: Zur Klinik, Statistik und Therapie der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.* 87, 78, 1909.
155. Sitzenfrey: Eklampsie im sechsten Schwangerschaftsmonat bei Blasenmola ohne foetus. *Z. f. G.* 1911.
156. de Snoo, K.: Die Bedeutung des Blutdruckes für die Geburtshilfe. *M. G. G.* 57, 235, 1922.
157. Solomons, B.: The Results of the Treatment of Eclampsia by the Dublin Method. *J. Obst. & Gyn. Brit. Emp.* 29, 416, 1922.
158. Speidel, E.: The conservative treatment of eclampsia. *Am. J. Obst. Gyn.* 9, 320, 1925.
159. Statistisk Departement: Ægteskaber, Fødte og Døde i Aarene 1916—20 og 1921—25.
160. Stauder, H. J.: Treatment of eclampsia by the Stroganoff Method. *Am. J. Obst. Gyn.* 9, 327, 1925.
161. Steinberg: Kritisch-statistische Betrachtungen über 340 Fälle von Eklampsie. *Dissert. Berlin* 1906.
162. Steinforth, T.: Zur Frage der Eklampsiebehandlung und -verhütung. *M. G. G.* 83, 399, 1929.
163. Steiniger, R.: Eklampsie bei Mehrgebärenden und wiederholte Eklampsie. *Z. f. G. G.* 90, 247, 1926.
164. Stoeckel: Zur Therapie der Eklampsie. *Z. f. G.* 141, 1927.
165. Stempel: cit. Stroganoff.
166. Stroganoff: Die verbesserte prophylaktische Behandlungsmethode der Eklampsie. I Hinselmann: Die Eklampsie.
167. Stroganoff, B.: Les Resultates du traitement de l'eclampsie avec consultation par telephone. *Gyn. et Obstetr.* 22, 385, 1930.
168. Sutugin: cit. Hinselmann.
169. Süss: Unsere Erfahrungen mit der Rissmannsche Eklampsiebehandlung. *M. m. W. Nr.* 24, 1924.
- 170.: Tarnier & Chambrelent: *Annales de gyn. et d'obstetr.* 37, 321, 1892.
171. Thaler & Zuckermann: cit. Ebeler.
172. Thaler: Zur Klinik der Post partum Eklampsien. *Z. f. G.* 1019, 1922.
173. Thulin, E.: Diskussionsindlæg. *Forhandl. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo* 1929.
174. Treub: 3 Fälle von Eklampsie im Puerperium. *Z. f. G.* 624, 1901.
175. v. Tyszka: cit. Gessner.
176. Váró, Bela: Krieg und Eklampsie. *Z. f. G.* 523, 1920.
177. Voigt: cit. Stroganoff.
178. Wagner, A.: Zum transperitonealen Kaiserschnitt bei Eklampsie. *Z. f. G.* 1363, 1924.
179. Waldstein: Zur Therapie der Eklampsie. *Z. f. G.* 1754, 1927.
180. Warnekross: Kriegskost und Eklampsie. *Z. f. G.* 897, 1916.

181. Wegner: cit. Stroganoff.
 182. Westermarck: Zur Aetiologi und Behandlung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. 110, 517, 1919.
 183. Westphal: Zehn Jahre Eklampsie. Z. f. G. G. 89, 626, 1926.
 184. Wichmann, S. E.: Diskussionsindlæg. Forh. ved nord. kir. Forenings 17. Møde i Oslo 1929.
 185. Wigger: Eklampsie bei Blasenmola im 5. Monat. M. G. G. 78, 183, 1928.
 186. Williams, W.: The Toxemias of Pregnancy and the Treatment of Eclampsia. J. A. M. A. 88, 449, 1927.
 187. Wilson, K. M.: Comparison of the results obtained by conservative treatment of eclampsia. Am. J. Obst. Gyn. 9, 189, 1925.
 188. v. Winckel: cit. Hinselmann.
 189. Winter: Ueber die Prinzipien der Eklampsie-behandlung. Z. f. G. G. 78, 366, 1916.
 190. Wirz, P.: Ergebnisse der Eklampsiebehandlung. Z. f. G. 2690, 1928.
 191. Wyder: Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie der puerperalen Eklampsie. Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Bd. IX. 1901.
 192. Zacherl, H.: Ein Beitrag zur Klinik und Therapie der Eklampsie. Arch. f. Gyn. 115, 264, 1921.
 193. Zangemeister: Verhandlungen der Ges. für Geburtshilfe und Gyn. zu Berlin. Z. f. G. G. 42, 580, 1900.
 194. Zangemeister: Der Hydrops gravidarum. Z. f. G. G. 81, 491, 1919.
 195. Zangemeister: Die Eklampsie eine Hirndruckfolge? Z. f. G. G. 79, 124, 1917.
 196. Zondeck & Jacobowitz: Über das Schicksal von Frauen die eine Gestationstoxikose durchgemacht haben. Klin. Wochenschrift 135, 1924.
 197. Zweifel, F.: Zur Behandlung der Eklampsie. Z. f. G. 1201, 1895.
 198. Zweifel, P., Ueber den Aderlass bei der Behandlung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. 97, 1, 1912.
 199. Zweifel, P.: Eklampsie. I Döderlein: Handbuch der Geburtshilfe. 1916.
 200. Zweifel, P.: Ueber die mittlere Linie der Eklampietherapie nach Engelmann. Z. f. G. 47, 1521, 1923.
 201. Zöpritz: cit. Stroganoff.
 202. Young, J.: Prognosis and treatment of eclampsia and albuminuria, with special reference to risk of recurrence in subsequent pregnancies. British medic. Journal 22, 314, 1929.
-

